

"Relasjonskompetanse i psykisk helsetjeneste"

*Helsearbeideres syn på ivaretagelse av relasjonskompetansen,
- betydning for egen arbeidsglede og pasientenes utkomme
av terapien?*

"Interpersonal skills in mental health care"

*Health professionals' views on safeguarding interpersonal skills – significance for their own job
satisfaction and for the patients' therapeutic outcome*

Solveig Birkeland



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for Helse og Idrettsfag

HØGSKOLEN I HEDMARK

2012

Innhold

INNHold	2
NORSK SAMMENDRAG	4
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT)	5
1. INNLEDNING.....	6
1.1 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	10
1.2 AVGRENSNINGER OG BEGREPSAVKLARING.....	13
2. TEORETISK RAMME FOR OPPGAVEN	16
2.1 LITTERATURGJENNOMGANG OG TIDLIGERE FORSKNING	16
2.2 PSYKISK LIDELSE	18
2.3 PSYKISK HELSETJENESTE I KOMMUNEN	20
2.4 SYKEPLEIETEORI	22
3. HVORDAN RELASJONSKOMPETANSE KAN FORSTÅS.....	25
3.1 MENNESKESYN OG KOMMUNIKASJON.....	25
3.2 RELASJONEN SOM ARBEIDSARENA	29
3.3 HELSEARBEIDERENS ANSVAR FOR RELASJONEN.....	30
3.3.1 <i>Relasjonens betydning for pasientens utkomme av terapien.....</i>	<i>33</i>
3.3.2 <i>Relasjonens betydning for helsearbeiderens arbeidsglede</i>	<i>36</i>
3.3.3 <i>Helsearbeiderens livsverden i relasjon med pasientens</i>	<i>41</i>
4. METODISK TILNÆRMING.....	43

4.1 HERMENEUTIKK, FORFORSTÅELSE SOM STARTPUNKT.....	44
4.1.1 <i>Fenomenologi - livsverden som veiviser</i>	46
4.2 DATAINNSAMLING, KVALITATIVT INTERVJU	47
4.3 DATAANALYSE OG ORGANISERING AV FUNN.....	49
4.4 ETISKE BETRAKTNINGER.....	50
5. PRESENTASJON AV FUNNENE	54
5.1 FRA UOVERKOMMELIG TIL OVERKOMMELIG	62
5.2 AVSTAND ELLER NÆRHET, ELLER LITT BEGGE DELER?	63
6. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	71
6.1 AVSLUTNING.....	77
REFERANSELISTE	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

Norsk sammendrag

Hensikten med denne studien har vært å belyse sammenhenger mellom ivaretagelse av helsearbeiderens relasjonskompetanse og opplevelse av arbeidsglede, og pasientens opplevelse av terapien. Studien er en undersøkende kvalitativ studie, med en presentasjon av en teoretisk forståelsesramme forut for individuelle intervjuer av fem strategisk utvalgte helsearbeidere. Forståelsesrammen klargjør at det er hermeneutisk tilnærminingsform med vekt på den enkeltes opplevelser, sett i et fenomenologisk perspektiv, som representerer datasamlingen og grunnlaget for analyse og konklusjon. Som en del av den metodiske tilnærmingen har jeg i oppstart av intervjuene presentert to narrativer for å konkretisere problemområdene, gjennom å problematisere ulike samhandlingsprosesser i psykisk helsearbeid,

Psykisk helsearbeid har som følge av opptrappingsplanen for psykisk helse fått mer oppmerksomhet de siste årene, og lovbestemte krav om utbygging av lokalbasert psykisk helsetjeneste sikrer et kommunalt minimumstilbud, samtidig som nedbygging av institusjonskapasiteten har satt fart. Veilederen "Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene" (Sosial-og helsedirektoratet, 2005), angir noen hovedområder som skal vektlegges, deriblant kompetansekravet til de som arbeider der. Hensikten med denne studien har vært å ikke bare vektlegge helsearbeiderens formelle kompetanse, men vel så mye den kompetansen som kan sammenfattes som relasjonskompetanse, og etterspørre sammenhenger mellom ivaretagelse av den, og opplevelse av arbeidsglede, og også pasientens utkomme av terapien.

Funnene i studien viser at det er god tilgang på ulike kurs med hensikt å oppdatere og endre forståelsesrammene på psykisk helsearbeid. Til tross for gode hensikter om faglig oppdatering, har det gjennom intervjuene samtidig fremkommet at helsearbeidernes deltakelse i kurs, oppdateringer og videreutdanninger, også skaper en kjærkommen distanse til pasientene, og deres lidelse.

Konklusjonen viser at behovet for veiledning og refleksjon er stort, det er nødvendig for å forebygge utbrenthet som følge av uheldig arbeidsstress, og for å sikre kvaliteten på tjenestene slik at pasientenes behov blir ivaretatt. Søkord: psykisk helsearbeid, helsearbeider, relasjonskompetanse, pasient, pasientrettigheter, veiledning, refleksjon.

Engelsk sammendrag (abstract)

The object of this study was to find correlations between safeguarding health professionals' interpersonal (relational) skills and their experience of job satisfaction, and the patient's experience of the therapy. It was a qualitative, investigative study built up by presenting a theoretical framework of understanding prior to five individual interviews with strategically selected health professionals. The theoretical framework was based on a hermeneutic approach, attaching importance to individual experiences from a phenomenological perspective. As part of this methodological approach, I presented two narratives in the interviews in order to identify the problem areas, by querying different interactive processes in mental health care. The collected data, consisting of the interviews and the theoretical framework, provided the basis for further analytical work. In recent years, following the introduction of an escalation plan for mental health, there has been greater focus on mental health care in Norway. Statutory requirements for the development of locally based mental health services ensure a minimum level of municipal mental health care, while at the same time the build-down of institutional capacity has speeded up.

In *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene* (a guide to mental health care for adults at local level), issued by the Directorate for Health and Social Affairs in 2005, some main areas are earmarked for special attention. These include the skills required of health professionals and expectations regarding cross-disciplinary teamwork. The purpose of this study was to bring attention not only to the formal qualifications of health professionals, but also to qualifications that come under the heading of interpersonal skills. During the interviews, the health professionals were asked for their views on safeguarding interpersonal skills and their own job satisfaction, and on the patient's therapeutic outcome.

The study has revealed that there is a good variety of available courses with a view to updating and changing the frameworks of understanding of mental health care. Despite good intentions regarding professional updating, it has emerged from the interviews that participation in courses and further education also gives health professionals a welcome distance from the patients and their illnesses. The study has also revealed a lack of guidance and reflection, which are necessary to prevent undesirable job stress and burnout and to ensure that the quality of the services meets the needs of the patients.

Key words: mental health care, health professional, interpersonal (relational) skills, patient, patient rights, guidance, reflection.

1. Innledning

Ved Høgskolen i Hedmarks studieplan for MMHC, master i psykisk helsearbeid, (2007-10), beskrives studiemål som innsikt og forståelse for forhold som fremmer psykisk helse for enkeltindivider, grupper og for samfunnet, og samtidig innblikk i en kritisk dimensjon i synet på psykisk helsearbeid. Sammenfattet kan studiet beskrives som innsikt i relasjonsbyggende virksomhet rettet mot å fremme helse, og samtidig i hvordan konsekvensene av uhelse, sykdom og lidelse i befolkningen kan reduseres. Utdanningen har en humanistisk orientering med vekt på mellommenneskelige prosesser og brukerdeltakelse fremfor diagnoser og medisinsk behandling, og jeg har valgt å følge en slik forståelse også i min studie. Jeg vektlegger den enkelte helsearbeideres personlige og faglige innsikt, erfaring og forståelse av hvordan egen og andres tilnærming til psykisk helsearbeid kan bidra til bedring av psykisk helse, og samtidig forebygge og begrense uhelse og lidelse.

Som metode for å besvare min problemstilling har jeg valgt en kvalitativ tilnærming, med en hermeneutisk og fenomenologisk forståelsesramme, med vekt på forståelse og fortolkning fremfor forklaring (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009). En slik tilnærming kan beskrives som å se hendelser og antakelser i den sammenheng og i det perspektiv de oppleves i, og ikke som fragmenterte eller enkeltstående handlinger (Olsson & Sörensen, 2003). Valg av tema og fagfelt, er et resultat av min antakelse om at det i en travel arbeidshverdag er lite fokus på sammenheng mellom helsearbeiderens relasjonskompetanse og opplevelse av arbeidsglede, og av at den grunnleggende forståelsen av relasjonens betydning for pasientens utkomme av terapien, også kommer litt i bakgrunnen som en konsekvens av dette.

Jeg har valgt å bygge opp oppgaven med å presentere en teoretisk ramme av fagfeltet først, med retningslinjer og relasjonsforståelse i psykisk helsearbeid, for så å presentere funn fra individuelle intervjuer av helsearbeiderne som datagrunnlag, med etiske betraktninger, og til sist dataanalysen med påfølgende oppsummering og konklusjon.

Som innledning til intervjuene har jeg valgt å presentere to narrativ, eller fortellinger, som konkretiserer problemstilling og forskningsspørsmål, og som viser til opplevelser

som har berørt meg både som fagperson og som medmenneske. De beskriver to ulike situasjoner, med ulike behandlingsopplegg og ulike resultater. Hensikten med narrativene var å åpne for refleksjoner omkring kompleksiteten og utfordringene i fagfeltet, men uten å følge opp eller utdype detaljer eller hendelsesforløp.

Fortellingene er forenklet og anonymisert, men allikevel generelt gjenkjennbare, og med overføringsverdi til lignende situasjoner. Gjennom narrativene ønsket jeg å konkretisere temaene i studien for å få en snarvei til felles forståelse og grunnlag for intervjuet, helsearbeiderens opplevelse av arbeidsglede og pasientens utkomme av terapi, knyttet sammen av helsearbeiderens relasjonskompetanse.

Narrativene gjengis her slik de ble presentert i intervjuene, med hensikt å konkretisere relasjonsforståelsen, med kunnskap om kommunikasjon og samhandling som grunnleggende ferdigheter for å kunne komme i hjelpe-posisjon. Begge fortellingene har berørt meg, og blitt en del av mitt personlige refleksjonsgrunnlag knyttet til forståelsen av relasjonskompetanse, og videre som utgangspunkt for denne oppgaven.

Narrativ1 En bekjent av meg hadde for noen år siden status som pasient i psykisk helsetjeneste, hverdagens utfordringer og samfunnets krav og forventninger om utdanning, jobb og økonomistyring ble for overveldende. Han valgte etter hvert å søke bistand hos helse- og sosialetaten, men i det mangfoldige hjelpeapparatet maktet han ikke å holde styr på henvisninger, avtaler og krav om betaling for disse. Behandlingen ble gjentatte ganger avsluttet, og helsepersonellet begrunnet det med at pasienten ikke møtte til avtaler, ikke samarbeidet eller tok ansvar for eget opplegg, og dermed ikke var mottakelig for hjelp.

Sett fra pasientens perspektiv var det en tragedie å bli utestengt fra hjelpeapparatet, men også fra behandlernes ståsted opplevdes frustrasjon og oppgitthet når samhandlingssituasjon knirket. Helsepersonellet snakket om urealistiske forventninger hos pasienten og nødvendigheten av ansvarliggjøring, mens pasienten på sin side mente terapeutene var håpløse og udugelige, uten evne til å vurdere hans behov. Alle de involverte partene hadde med seg vonde erfaringer som begrenset mulighetene til å komme videre i både mellommenneskelige og faglige prosesser. Pasientens forklaringer knyttet til lite penger, ikke råd til buss, avstengt telefon, og forsovning som følge av lange netter med angst som grunn til ikke å overholde avtaler, ble til slutt tatt på alvor og han fikk gjenoppta behandlingen.

Jeg fikk samtidig skriftlig samtykke fra pasienten til å følge opp og organisere avtaler, men uten å få direkte innsyn i behandlingen. Ordningen fungerte svært bra, og jeg opplevde at både helsepersonellet og pasienten verdsatte at behandlingen kunne fortsette. Mitt bidrag dreide seg hovedsakelig om å være lydhør og sensitiv for partenes innspill, tilrettelegge for god kommunikasjon og samhandling, og fungere som døråpner og veiviser der det var behov for det, men ellers holde meg i bakgrunnen. Gjennom resten av behandlingsforløpet var det fortsatt utfordringer for både pasient og behandlere, men relasjonen var allikevel preget av en “nyoppdaget” og gjennomgripende respekt for hverandre. Det var også påtagelig at alle som deltok i behandlingen, pasienten inkludert, la mindre vekt på hva som var riktig, eller burde være riktig å gjøre, man valgte løsninger og samarbeidsformer som bestrebet seg på at pasientens utbytte skulle være best mulig. Min rolle i behandlingsopplegget var ikke stor, men den hadde betydning for tilrettelegging av samhandlingssituasjonene og de gode relasjonene, og som til sist bidro til at pasienten faktisk opplevde å få utkomme av terapien, og viste meg i praksis hvor betydningen av gode relasjonen i behandlingssituasjonene.

Narrativ 2 En mann med periodevis behov for støtte fra psykisk helsetjeneste flyttet sammen med en kvinne med to mindreårige barn fra tidligere ekteskap. De fikk to barn sammen, og de var på stadig flyttefot. Som følge av mannens kontakt med psykisk helsetjeneste, kom de også i barnevernets søkelys, noe de opplevde som trakassering og mistenkeliggjøring heller enn reelle hjelpetiltak, flyttet de ofte i frykt for å bli fratatt barna. Mor studerte til barnevernspedagog mens far passe barna, men han måtte igjen søke bistand i psykisk helsetjeneste. Nye kartleggingsprosesser ble iverksatt i hjemmet, far opplevde det som psykisk terror, og også mor tilkjennega også stor motstand. Fortolkninger av barnas adferd ledet til mistanke om seksuelle overgrep mot de eldste barna, men ikke alvorlige nok til at barna ble tatt ut av hjemmet, men stefar følte seg allikevel stigmatisert og mistenkeliggjort. Han ble innlagt på psykiatrisk avdeling, mor var rasende og redd, men hans lidelse utløste denne gangen bistand fra barnevernet som medførte mulighet for de største barna til å delta i fritidsaktiviteter. Familiens økonomi begrenset etter hvert barnas mulighet til å benytte tilbudet pga reiseutgiftene, og da ble mor bedt om å avslutte studiene og begynne å arbeide for å bedre på økonomien. Familien møtte liten forståelse for konsekvensene det ville medføre i fremtiden hvis mors utdannelse måtte avbrytes. Hele familien var ulykkelig, og

kontinuerlig utredning av problemområder og rapporter var en del av hverdagen. Hjelpetilbudene bar preg av lite brukerorientert tilbud, med stort fokus på enkeltstående problemer, mer enn å se familien som en helhet, med masse latente ressurser.

dag er familien splittet, de største barna bor på institusjon, og de minste med mor som har fullført utdanningen og forsørger dem. Faren til de minste barna flyttet hjem til sine foreldre hvor han som barn opplevde mye vondt, han er dypt deprimert, isolerer seg og har liten eller ingen tillitt til hjelpeapparatet.

I fortellingen om familien har det meste gått galt, de ulike aktørene i hjelpeapparatet kommuniserte og samhandlet ikke godt, familien var i forsvarsposisjon og opplevde seg lite ivaretatt, og ulike roller og asymmetriske maktposisjoner medførte at de ble tapere mer enn vinnere som følge av hjelpetiltakene. For å kunne møte et menneske med psykisk lidelse "der det er", er det påkrevet med en solid faglig forankring hos helsefagarbeideren, men også med forståelse av relasjonens betydning for pasientens utkomme av terapien (Sosial-og helsedirektoratet, 2005). Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2006) stiller krav om kvalitet og innhold i psykisk helsetjeneste, organisering og ledelse av tjenestene, og til den enkelte tjenesteutøveren for å kunne ivareta mennesker med psykiske lidelser og konsekvensene av lidelsene, hos den enkelte, familien og nettverket generelt. (Sosial-og helsedirektoratet, 2005).

Etter mange års arbeid som psykiatrisk sykepleier i både kommunen og spesialisthelsetjenesten, har interessen for helsearbeiderens rolle i ulike samhandlingssituasjoner. Det forventes at den enkelte helsearbeider har nødvendig teoretisk fagkunnskap, men også kunnskap og ferdigheter i kommunikasjon og relasjonsforståelse. Gode kommunikasjonsferdigheter og vilje til samhandling med pasienten, pårørende og andre aktører, utvikles gjennom kunnskap om, og forståelse av dynamikken i det mellommenneskelige rommet, og om hvordan de deltagende personene gjennom sine bidrag skaper bevegelse og dynamikk i relasjonen (Skau, 2011).

1.1 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål

"Relasjonskompetanse i psykisk helsetjeneste"

-Betydning for arbeidsglede?

-Betydning for pasientens utkomme av terapien?

-Hvordan løser den enkelte dette?

-Hvor ligger ansvaret?

Utfra hovedområdene i problemstillingen utarbeidet jeg fire forskningsspørsmål som grunnlag for intervjuguiden, og som rettesnor i analysearbeidet før endelig konklusjon og besvarelse på problemstillingen. Valg av problemstilling har sammenheng med interesse for hvordan relasjonen mellom fagpersoner og hjelpetrequende i seg selv kan bidra til å belyse skjulte områder i menneskesinnet, legge til rette for økt innsikt og forståelse hos deltakerne, slik at noen dører kan åpnes og andre lukkes. Resultatet kan være totalt å endre kurs, eller bare få falle til ro med en erkjennelse av at «slik er det, i mitt liv», og livsutfoldelse innenfor egne personlige forutsetninger, og personlige ønsker, kan også forklares med begrepet «empowerment», hovedansvaret ligger hos den enkelte, men samtidig også myndigheten og retten til å foreta ulike valg(Tveiten, 2007). Valg av problemstilling er også relatert til mitt arbeidssted hvor det er stort fokus på kompetanseheving. Resultatene av ulike prosjekter i retning “faglig forståelse av personorientert omsorg” skal implementeres i tjenesten, og slagordet “helseetaten, en helsefremmende arbeidsplass”, viser til hvordan personalets arbeidsglede og kompetanse kan bidra til økt livskvalitet for pasientene. Jeg tenker at de fleste ser en sammenheng mellom helsearbeiderens arbeidsglede og pasientens utkomme av terapien, men i en travel hverdag blir temaet lite vektlagt, det blir gjerne redusert til kun en del av arbeidsgivers festtaler.

For å besvare problemstillingen har jeg forholdt meg til forskningsspørsmålene gjengitt ovenfor, de har ikke klare avgrensede områder, og besvarelsene overlapper også hverandre, men de angir hovedområdene i denne oppgaven, med intervju av helsearbeidere for å få tilgang til subjektive erfaringer som datamateriale. Intervjuene kan forklares som en intersubjektiv interaksjon, ved at to personer ansikt til ansikt samhandler om å fremskaffe materiale knyttet til felles interessefelt. (Kvale, et al., 2009). Validiteten i funnene ivaretas ved at funn og fortolkninger av virkelighetsbeskrivelsene ses i lys av den teoretiske rammen først i oppgaven, og som danner et empirisk bakteppe (Olsson & Sørensen, 2003).

Helsearbeidere i psykisk helsetjeneste arbeider ofte alene, med kun seg selv som “verktøy”. Ivaretagelse av “verktøyet” bestående av faglig forståelse og personlige egenskaper er nødvendig, slik at det ikke skades eller overbelastes, og dermed ikke fungerer som det skal. Aalen (2005) forklarer pasientens behov og helsearbeiderens ansvar for relasjonen som et dynamisk samspill, og når helsearbeideren søker å forstå pasientens behov, og tilpasser sitt bidrag etter dette, beskrives det som å demme opp for opplevelse av å arbeide i “motbakke” (Aalen & Kvaal, 2005). I de fleste kommunale psykisk helsetjenester kan helsearbeideren i stor grad påvirke og organisere egen arbeidshverdag, ikke bare for å tilpasse seg pasientens behov, men også for å beskytte seg selv mot overbelastning. Jeg forstår det slik at helsearbeiderens bevissthet om å ivareta egen relasjonskompetanse fremmer både egen arbeidsglede og samtidig sikrer pasientens interesser når helsearbeideren er ivaretatt.

Jeg er usikker på i hvor stor grad det er fokus på disse forholdene i en travel hverdag i psykisk helsetjeneste, men støtter meg til lege og forfatter, Roness (1995), som viser til viktigheten av forebyggende arbeid i sin bok «Arbeidsstress og psykiske lidelser hos mennesker i utsatte yrker». Han presiserer arbeidsgivers ansvar for retning og mål for tjenesten, med instruksjer og prosedyrer, ikke bare for å skape en produktiv organisasjon, men også med hensikt om å ivareta og utvikle gode arbeidsvilkår. Han hevder at i alt arbeid som omfatter mennesker er det spesielt viktig med veiledning og mulighet for debrifing for å fremme personlig utvikling, og for å forebygge utbrenthet. Arbeidet i psykisk helsetjeneste er krevende og bringer ofte med seg sterke opplevelser, og for å motvirke at vonde følelser “setter” seg fast må det legges til rette for ventilerings, eller trykkavlastning, gjennom veiledning og refleksjon. Det skilles på

kvaliteten og hensikten i personlig og faglig veiledning, noe som blir fulgt opp videre i oppgaven. Den tid personalet bruker på slik “egenomsorg” vil tjene seg inn igjen ved at slitasje og nevrotiske symptomer begrenses, og dermed ikke leder til større og mer langvarige plager. Hvordan dette organiseres eller gjennomføres, må være opp til den enkelte tjenesten, det viktigste er at ledelsen legger til rette for å kunne sette ord på opplevelsene. En organisasjonsstruktur med fokus på kontinuerlig utviklingsarbeid og omorganisering, er nødvendig for å forhindre fastlåsing og rigiditet i forståelse av tjenesteutøvelsen. Motiverte og tilfredse medarbeidere vil yte god innsats, og på sikt vil kvaliteten på tjenestene forbedres (Matthiesen & Roness, 2002). Skau (2011) beskriver det som at systematisk oppmerksomhet rettet mot helsearbeiderens ansvar for kommunikasjon og samhandling, opparbeider evnen til kritisk og etisk refleksjon over tjenestens målsettinger, og dermed også påvirker kvaliteten på tjenestene.

Min personlige opplevelse av arbeidsglede har ofte sammenheng med at mine bidrag i relasjonen er hensiktsmessige for pasienten, men innimellom gode tilbakemeldinger og bekreftelser, oppleves både misnøye og kritikk, eller man får ingenting, innsatsen blir tatt som en selvfølge. Alle tilbakemeldinger fra pasienter, pårørende og kolleger er verdifulle selv om de nødvendigvis ikke avspeiler hele sannheten, kan de uansett skape et refleksjonsgrunnlag.

Brukerundersøkelser som indikator på generell tilfredshet hos pasientene, er kjent for de fleste, men jeg undres over om pasientens livskvalitet er måleindikatorer i evalueringen av behandlingstilbudet. Det må ikke forstås dit hen at helsearbeideren er udelt ansvarlig for pasientens lidelsestrykk, selv om det også *kan* være tilfelle, jfr behandlings og omsorgsansvaret. Men, når relasjonen er grunnlaget for terapien, må helsearbeideren stille seg litt på sidelinjen for å slippe til pasientens behov for å få erobre, eller gjenerobre seg selv gjennom å leve sitt liv som aktiv deltaker og fullverdig medlem i samfunnet. Det overordnede personlige ansvaret for eget liv kan imidlertid aldri fratas den enkelte, som det fremkommer i essaysamlingen “Deltakar og tilskodar”, «enhver må leve sitt eget liv» (Skjervheim, 1996).

Alle som arbeider i psykisk helsetjeneste har erfart at det kan oppleves belastende å ta del i andres smerte og lidelse, og i tillegg påvirkes relasjonen av mekanismer som overføring og motoverføring. Søken etter forklaring og årsakssammenheng på kritikk eller misnøye kan utløse ansvarsfraskrivelse og fordeling av skyld, og gi en negativ

effekt på både helsearbeiderens og pasientens opplevelse av samhandlingsklimaet. Gjennom tilbakemeldinger eller antakelser om det i kommunikasjon og samhandling, bekreftes selvfølelsen vår, også kalt overføringsmekanismer. Vi søker etter det vi trenger eller ønsker i mellommenneskelige relasjoner gjennom forsøk på å manipulere andre, noe som ofte fremstilles med en negativ betoning når andres adferd skal beskrives (Røkenes & Hanssen, 2002). Som oftest er det allikevel ubevisste behov som ligger til grunn for våre handlingsvalg, og et aspekt som ofte overses, er at manipulering kan forklares som en strategi for å overleve, en problemløsningsmodell. Et lite eksempel på slike mekanismer kan være munnhellet “smil til verden og verden smiler til deg”, eller “den største glede du kan ha, det er å gjøre andre glad”, og motsatt, er man tverr og mistenksom blir man gjerne møtt med tilsvarende reaksjoner. I denne oppgaven vil det være for omfattende å utdype nytteverdien av manipulering og overføringsmekanismer, utover å vise til at de tilhører våre overlevelsesmekanismer, og at de opptrer i alle relasjoner, og innimellom kan oppleves uheldig eller skadelige, spesielt hvis man mangler innsikt og forståelse for innholdet i begrepene.

1.2 Avgrensninger og begrepsavklaring

MMHC, Master of Mental Health Care, ved Hihm, Høgskolen i Hedmark, gir ulike valgmuligheter for masteroppgaven, og med bakgrunn i tidligere erfaringer og interesseområde har jeg valgt psykisk helsetjeneste i kommunen som grunnlag for denne oppgaven.

Jeg har valgt å bruke “ivaretagelse av egen relasjonskompetanse” fremfor “utvikling”, ved at det da vises til en verdifull egenskap som må passes på for ikke å forringes, mens jeg forstår “utvikling” mer som en generell vekst, uten nødvendigvis å fokusere på den iboende og grunnleggende kvaliteten som vil være ulik hos en nyutdannet helsearbeider og hos en med flere års erfaring.

Jeg tar utgangspunkt i et overordnet humanistisk perspektiv, og forholder meg til at psykisk lidelse kan forklares som en psykodynamisk prosess som utløser behov for hjelp fra helsepersonell i et kortvarig eller langvarig tidsperspektiv. Psykisk lidelse kan beskrives som en psykologisk svikt eller skade, hvor pasienten og helsearbeider samarbeider for både å lindre symptomene og for å øke livskvaliteten, og hvor

relasjonen dem i mellom er deres felles arbeidsarena (Aalen & Kvaal, 2005). Jeg støtter meg til denne beskrivelsen og vektlegger ikke biomedisinske eller naturvitenskapelige forståelsesrammer og diagnosesystemer, de er anerkjente og ofte nødvendige, men i relasjonsorienteringen i denne oppgaven vil de ikke være av betydning, og de ble heller ikke gitt stort rom i intervjuene.

I denne oppgaven viser begrepet pasient til voksne mennesker med milde og moderate psykiske lidelser, med tjenestetilbud fra psykisk helsetjeneste i kommunen, i oppgaven vist til som psykisk helsetjeneste. Tidsperspektiv, eller omfang av tjenestetilbud, blir ikke utdypet, og har heller ingen betydning for oppgaven utover det at godt relasjonsarbeid forutsetter nok tid. Pasienter definert som «uten samtykkekompetanse» omtales ikke i denne oppgaven, heller ikke de som anses å være til fare for seg selv eller andre, og hvor det i spesielle tilfeller iverksettes behandling og tiltak mot pasientens vilje, et inngrep i både autonomi og integritet, noe som der og da sjelden motiverer for terapi. Med terapi menes pasientens behandlingstilbud med støttesamtaler og bistand i dagliglivet, og ellers tiltak eller tilbud rettet mot pasientens problemområder, med fokus på ressurser og utkomme av terapien vurdert opp i mot pasientens opplevelse av behandlingseffekt. Med psykisk helsearbeider menes helsepersonell med 3 års helse- og sosial grunnutdanning, og videreutdanning i psykisk helsearbeid. Jeg vektlegger ikke spesielt sykepleieutdanning eller sykepleie-tilnærming utover sykepleieteori rettet av psykiatrisk mot psykisk helsearbeid, av sykepleier Joyce Travelbee, på grunnlag av at den kan være retningsgivende for alle helsearbeidere, uansett faglig bakgrunn.

Jeg har valgt å fokusere på fremme av helsearbeiderens arbeidsglede fremfor på å forebygge utbrenthet. Det siste følges implisitt av det første, men det å fremme arbeidsglede er en mer positiv vinkling, i samsvar med målet om å etablere en god relasjon til beste for pasienten, det er sjelden vi snakker om å forebygge dårlige relasjoner, vi bygger de gode.

I psykisk helsearbeid i kommunen arbeider helsearbeideren ofte alene, og må forholde seg til utfordringer og opplevelser slik de fremstår, der de oppstår, og beslutninger farges ofte av, og avhenger av hvem som er involvert. På bakgrunn av denne forståelsen har jeg valgt å intervju enkeltpersoner for i størst mulig grad å få fram den enkeltes erfaringer slik de fremstår i deres livsverden, der opplevelsene blir forstått

utfra egne erfaringer. Opplevelsen kan forklares ved hjelp av en fenomenologisk forståelsesramme, som en subjektiv, men samtidig knyttet til en kontekst med sammenhenger og relasjoner av ulik karakter (Røkenes & Hanssen, 2006).

Fokusgruppeintervju er valgt bort, og jeg ser at det kunne fremskaffet et bredere og mer variert materiale, men da muligens på bekostning av de spesifikke og personlige erfaringer. Jeg ønsket empiriske data, den enkelte informants subjektive opplevelser, følelser og refleksjoner med relevans til problemstillingen, med fri formidling av denne uten påvirkning av andre personer i en gruppe. Empiri forstås som innhentet erfaringsbasert kunnskap, d.v.s. positivt gitte kjensgjerninger som utgangspunkt for videre tolkninger (Foss & Ellefsen, 2005) og (Friis & Vaglum, 1999).

Intervjuformen er semistrukturert, det vil si at intervjuguiden ikke har form som et lukket spørreskjema, heller ikke som en åpen samtale, men som noe midt i mellom. Intervjuguiden angir tema, men rekkefølge og omfang i spørsmål og besvarelse kan avvikes. Min rolle som forsker og min påvirkning av informanten, blir utdypet senere i oppgaven i forbindelse med gjennomføring av intervjuene (Kvale, et al., 2009). Andre begrensninger og forklaringer utdypes i oppgaven der de oppstår.

2. Teoretisk ramme for oppgaven

Den teoretiske rammen, eller forankringen, for denne oppgaven er basert på litteratur fra generell sykepleie, tverrfaglig videreutdanning i veiledning og i psykisk helsearbeid. Pensumlitteratur og selvvalgt litteratur, egne og andres erfaringer, eller empiriske data, samt funn fra ulike databaser er benyttet gjennom hele oppgaven. Utvalgsriterier og avgrensninger blir gjort rede for i eget avsnitt, og ellers der det faller naturlig i oppgaven. Jeg har valgt å støtte meg til sykepleieteori fra Joyce Travelbee, nettopp fordi hun vektlegger det eksistensielle aspektet både i møtet mellom mennesker generelt, og når en helsearbeider- pasientrelasjon etableres. Videre redegjør jeg for betydningen av relasjon og kommunikasjon i psykisk helsetjeneste. Relasjonen kan beskrives som to ulike interesseområder, pasientens og helsearbeiderens, som sammen skal finne en felles plattform for vekst og utvikling, hovedsakelig rettet mot pasientens beste, men også som en plattform for personlig og faglig vekst for helsearbeideren (Skau, 2011).

Senere i oppgaven vil jeg presentere en artikkel som omtaler helsearbeidere som relasjons-arbeidere, og forfatteren viser til at helse og sosialarbeidere er mennesker som må ivaretas for å kunne fungere godt i et fagfelt som hovedsakelig dreier seg om lidelse, og som gjennom ivaretagelsen også kan vokse. Ansvar for, og forventninger om utstrakt oppfølging av pasientene må ses i sammenheng med tjenestenes prioritering og tilgang på ressurser, og kan ikke udelt tillegges den enkelte helsearbeider, men den enkeltes valgmuligheter og ansvar kan allikevel ikke underkjennes (Skau, 2011).

2.1 Litteraturgjennomgang og tidligere forskning

Det finnes nærmest ubegrenset tilgang på faglitteratur, dokumentar og skjønnlitteratur som omhandler relasjon, kommunikasjon og samhandling i helse og sosialarbeid, og spesielt i psykisk helsearbeid hvor relasjonen er å regne som selve arbeidsplattformen. De fleste grunn- og videreutdanninger har fokus på dette gjennom å presisere at kommunikasjon og relasjon er grunnleggende forutsetninger for samhandling, men spesielt i psykisk helsearbeid som et fagfelt i seg selv, er relasjonsforståelsen avgjørende. Kildehenvisning utføres fortløpende i oppgaven, og i referanselisten.

I begynnelsen av litteratursøket forholdt jeg meg først til pensumlitteratur, deretter til diverse selvvalgt litteratur før jeg fortsatte med søk i utvalgte databaser etter anbefaling fra biblioteket på Hiim, men også fritekstsøk. Funnene ble vurdert etter relevans til problemstillingen, og gyldighet i forhold til å skape en teoretisk forståelsesramme. Faglitteraturen forteller mye om hvor viktig relasjonen er, og om innholdet, slik som at respekt og empati er tett knyttet til den faglige forståelsen. Mitt ønske om å få en utvidet forståelse av hva det innebærer i praksis hvordan god relasjonskompetanse kan forstås i forhold til den enkelte helsearbeiders pasientrettet bidrag i psykisk helsearbeid, begrenset funnene betraktelig, men undringen ble videreført gjennom intervjuene av helsearbeiderne. Jeg har ikke ønsket å fordype meg i dagsaktuelle tilnærmingsformer, slik som ulike teknikker som sikter mot økt bevissthetsnivå hos både helsearbeider og pasient, f.eks. «mentaliserings» og «mindfulness» for å oppnå en utvidet erkjennelse og bevissthet om sitt eget selv. Det er forståelsen av den grunnleggende relasjonskompetansen jeg etterspør, og jeg har derfor lagt mindre vekt på de nye begrepene, som jeg også forstår som til dels kjent kunnskap i ny presentasjon.

Ulike høyskoler og universiteter tilbyr spesifikke studier av hvordan relasjonskompetanse kan forstås innenfor spesifikke fagretninger. Høyskolen i Lillehammer, Høyskolen på Gjøvik og Universitetet i Oslo tilbyr videreutdanninger i relasjonsforståelse til helse- og sosialarbeidere, og delstudier knyttet til profesjonsutdanninger. I mitt litteratursøk fant jeg en masteroppgave i Brage som omhandler sykepleiestudenters utvikling av empati og relasjonskompetanse, og studentens behov for trygghet til å prøve ut seg selv, og for refleksjon og samtaler med veilederen, i hensikt å finne eget ståsted, men også samtidig kunne se andres behov. På Gjøvik er studiet knyttet til hvordan man kommuniserer med den enkelte pasient, og i nettverksgrupper, og bygger på utviklingen av nettverksforståelsen i samarbeid med avdelingen i Fagernes. Høyskolen i Lillehammer har tilbud om videreutdanning i relasjonskompetanse og anvendt adferdsanalyse, noe som forutsetter god relasjonskompetanse for å være hensiktsmessig. Ved Universitetet i Oslo er studie av grunnleggende relasjonskompetanse en del av psykologers utdanning, og det følges opp med hvordan kunnskapen benyttes i klinisk arbeid. Eksemplene som er listet opp her er ikke referert til i oppgaven, og av samme årsak heller ikke gjengitt i referanselisten. Studienes innhold blir for omfattende å utdype, men det at de i det hele

tatt eksisterer, forteller noe om behovet, og at relasjonskompetanse ikke er noe studenten forstår betydningen av en gang for alle, den må tilpasses og utvikles innen den enkelte fagretning. Henvisning til ulike studiesteder og studieinnhold er ikke gjengitt i referanselisten, det er en generell henvisning som ikke er gjengitt i oppgaven utover som her, å vise til at forståelse av relasjonskompetanse er et aktuelt tema, med stadig nye begreper i nye forklaringsrammer.

Kommersielle aktører som vektlegger relasjonens betydning i ledelse og i næringslivet trekker gjerne paralleller til filosofien og dens betydning for utvikling av humanismeforståelsen, og evnen til å kunne se seg selv og andre, med hensikt å nå felles mål gjennom bedre samhandling og sameksistens. Jan Spurkeland og Gry Solbraa, er anerkjente forfattere og forelesere, og også er referert til senere i oppgaven. De er eksempler på at også kommersielle aktører har sin plass i kunnskapsdannelsen, og at det stiller krav til den enkelte om til enhver tid å være kritisk til hvorfor og hvordan kunnskapen formidles.

2.2 Psykisk lidelse

Psykisk lidelse kan forklares som en skade eller lidelse som oppleves i en subjektiv psykodynamisk prosess (Aalen & Kvaal, 2005). Forklaring av utvikling og konsekvenser av psykisk lidelse blir ikke gitt stort rom i denne oppgaven, og lidelse eller diagnoser forstått på grunnlag av biomedisin eller atferd blir heller ikke utdypet, heller ikke hva det fullt ut innebærer å ha en god psykisk helse.

Uavhengig av forklaringsmodeller inneholder ofte psykisk lidelse eksistensiell lidelse gjennom fremmedgjøring av sitt eget «selv», og omsorgs og behandlingslidelse- gjerne knyttet til krenkelser og sosial lidelse gjennom behandlingsopplegget, og til lidelse gjennom frivillig eller påtvunget isolasjon fra familie, venner og samfunn. Psykisk lidelse kan også beskrives med engelske begreper, suffering, som viser til lidelse som en subjektiv opplevelse, med påvirkning av tanker, følelser og opplevelser, eller disease, som viser til diagnoser, men som nødvendigvis ikke behøver å oppleves som smertefull (MMHC, 2008-10). Forklaringsmodeller kan aldri bli utfyllende, men de kan vise vei eller retning, og slik bidra til tydeliggjøring av fagfeltet.

Mellommenneskelige prosesser og relasjoner kan påvirkes og feiltolkes, men ved å

fastholde en tilnærming preget av empati og forståelse, blir det lettere å forstå psykisk lidelse som en subjektiv og psykodynamisk prosess, som også i større og mindre grad kan påvirke livsutfoldelsen og relasjonene til omgivelsene. I et slikt perspektiv kan psykisk lidelse beskrives utfra et fenomenologisk perspektiv, som den enkeltes opplevelse eller erfaring oppstått hos mennesket i møte med verden, eller omgivelsene (Olsson & Sörensen, 2003).

En profesjonell helsearbeider må forholde seg til egne reaksjoner på pasientens utsagn og adferd, i lys av kunnskap om “sinnets virkemåte”, uten at moralisme og diagnostisering får erstatte empati og forståelse. I lys av et humanistisk menneskesyn kan all adferd forklares som formålstjenlig utfra personlige referanserammer, og ikke vurderes som trafikkregler, riktig eller galt (Aalen & Kvaal, 2005). Utsagnet “diagnostisering og moralisme kan sies å være empatiens hovedfiende” skaper en sterk opplevelse av hvor komplekst fagfeltet er, og hvor utfordrende det kan være for helsearbeideren å ivareta både seg selv og pasienten i relasjonen. En person, eller et menneske, med sin egenverdi, er ukrenkelig, men må ikke forveksles med at utålelige handlinger alltid skal aksepteres. Støtte til pasienten gis på grunnlag av pasientens behov, ved at helsearbeideren reflekterer over egenperspektivet, og egne reaksjonsmønstre, og dermed med empati og forståelse for den andres livsverden og handlingsvalg, tillater at den andres perspektiv får fremstå tydeligere (Aalen & Kvaal, 2005). All omsorg medfører tett kontakt mellom tjenesteyter og mottaker, og kan oppleves krenkende eller invaderende hvis helsearbeideren ikke er bevisst på rolleforskjellene og på de psykologiske effektene av å være hjelpetrengende (Lillestø, 1998).

Psykisk lidelse kan gi seg utslag i passivitet likeså vel som i overdreven aktivitet, sanseforstyrrelser, tanketomhet eller tankespinn, og hvilken hjelp eller tiltak som virkelig hjelper er ikke enkelt å konkretisere. Borg og Topor (2003) har gjennomført intervjuer av pasienter, og alle deltakerne påpekte at håpet om å oppleve et annet og bedre liv var viktig å opprettholde, og at veien dit går gjennom relasjonen med gode hjelpere. Travelbee (1996) fremhever også at støtten fra fagfolk og kvaliteten på relasjonen i seg selv, sammen med et realistisk håp om bedring, er virkningsfullt i kampen for et bedre liv. Mennesket er sosialt av natur, og mennesker med psykiske lidelser har også behov for sosial kontakt for å kunne utvikle seg, og for å kunne hente

fram, og stole på, egne ressurser ut fra sitt eget ståsted (Borg & Topor, 2003). Aalen & Kvaal (2005) viser til at relasjonskompetanse innenfor psykisk helsearbeid er et vidt begrep, men to perspektiver i tilnærmingen vektlegges, et humanistisk som viser til respekt og likeverd, og et psykodynamiske som viser til relasjonelle og mellommenneskelige fenomener. I et humanistisk perspektiv må hele mennesket og livsverden ses i sammenheng, og lidelsesuttrykk kan ikke kun forklares som psykisk lidelse, men også som allmenngyldige menneskelige reaksjoner på belastninger.

Mange mennesker opplever sosial nød, med dårlig økonomi og lite nettverk som en lidelse i seg selv, og at det kan forsterke eller utløse psykisk lidelse, eller andre destruktive handlingsmønstre. Psykisk lidelse gir i seg selv ikke grunnlag for å stigmatisere personer som farlige eller utilregnelige, det er som oftest konteksten i omgivelsene der lidelsen utspiller seg som er avgjørende for utagerende atferd, slik som det er for de fleste mennesker, med eller uten uttalt psykisk lidelse. Omsorgs og behandlingslidelse er ofte knyttet til opplevelse av krenkelse, og Almvik (2006) viser til et viktig ønskemål, kriteriene for tvangs behandling bør endres til samhandlingskriterier, med begrunnelse i at tvang og press i seg selv kan være sykdomsfremkallende ved at elementer av krenkelse og overgrep inngår som en del av hjelpetilbudet. Forståelsen av hvordan opplevd krenkelse kan utløse psykisk lidelse er økende, og i barne- og ungdomsskoler er bevisstheten omkring mobbeproblematikk rettet mot hvordan skadevirkninger påføres og opptrer gjennom den krenkelsen av integritet og autonomi som ligger i å oppleve mobbing, spesielt tidlig i barneårene (Alberti-Espenes, 2012).

2.3 Psykisk helsetjeneste I kommunen

Krav om en psykisk helsetjeneste i kommunen er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, men påvirkes også av lover som helsepersonell- og pasientrettighetsloven, og utøvelsen av tjenesten overlappes av andre, slik som hjemmesykepleie og sosiale tjenester. I 1997 ble alle kommunene i landet pålagt å utarbeide planer for psykisk helsearbeid, og påfølgende opptrappingsplan for psykisk helse (1999 – 2006), forlenget ut 2008, medførte øremerkede midler i forhold til å bygge opp og drifte kommunale psykisk helsetjenester. Veilederen “psykisk helsearbeid for voksne i kommunen” (2005), fremhever et tjenestetilbud som

vektlegger brukermedvirkning, med frivillig og individuelt tilpassede tilbud med varierende intensitet og tidsperspektiv, samt inkludering og deltakelse av pårørende og nettverk. Evne og vilje til nytenkning og refleksjon over gjeldende praksis er en del av utfordringer knyttet til samhandling, kommunikasjon i helsearbeiderens arbeidshverdag. Brukerorientering, med brukermedvirkning som en del av det faglige innholdet, slik at brukerne får et kvalitativt godt tilbud, og at helsearbeideren kan oppleve fagmiljøet som stimulerende, er også en del av overordnede retningslinjer. Den enkelte kommune har et selvstendig ansvar for å ivareta sine forpliktelser gjennom en kontinuerlig utvikling av kvaliteten på tjenesten (Sosial-og helsedirektoratet, 2005). Norge har et godt utbygd psykisk helsetjenestetilbud, med målbare tall som viser til god behandlingskapasitet. Når det kommer til kvalitative målinger av behandlingseffekt og bedring i funksjonsnivå, samt kvalitet på tjenestene i et samhandlings og brukerperspektiv, er dessverre ikke måleresultatene like gode (Kogstad, 2011).

Lokalbasert psykisk helsearbeid dreier seg implisitt også om retten til å leve sitt liv i eget hjem, det forutsetter respektfull og tillits- skapende holdning hos helsearbeiderne, ikke bare til pasienten, men også til hverandre, på tvers av profesjonsgrensene. Konstruktiv samhandling og nettverksarbeid med flere aktører, forutsetter respekt og forståelse for hverandres kunnskaps og fagområder. Det kan være krevende å gå ut av vante og trygge rammer for å følge pasientene der de lever sitt liv, og samtidig samarbeide åpent og tett med helsepersonell med annet faglig ståsted enn en selv, og med andre etater. Gjennom krav til organiseringen og innholdet kommunens psykisk helsetjeneste, forventes det mulighet for støttesamtaler, for den enkelte og for grupper, og i samfunnet for øvrig, ofte med oppfølging i hjemmet og gjennom ulike aktivitetstilbud. Fagmiljøene påvirkes også av innspill fra både brukerorganisasjoner og politikere, med krav og forventninger om større mulighet for pasienten til å påvirke eget tilbud, ofte som følge av innspill fra brukerne selv, og deres opplevelse av tjenestene. Det kreves mot og vilje hos både behandler og pasient for å etterspørre og lete etter den beste tverrfaglige tilnærmingen til problemområdet, utfordringene ligger i om vi virkelig vil dette (Almvik, Borge, & Berntsen, 2006).

Eksistensielle problemer som arbeidsløshet, dårlig økonomi og manglende sosialt nettverk kan påvirke pasientens muligheter til å nyttiggjøre seg aktuelle tilbud, noe

som også er belyst gjennom de to narrative presentert innledningsvis.

Helsearbeiderens forståelse av samfunnsstrukturer og livsvilkår, spesielt for pasientens vedkommende, er avgjørende når brukerperspektivet skal tas på alvor, og retten til hjelp ivaretas (Almvik, et al., 2006). En studie av sosialt nettverk som ramme for lokalbaserte psykiske helsetjenester +/- år 2000, viser at kunnskap om lokalsamfunnets størrelse, beliggenhet og avgrensninger er viktig for å forstå tilhørighet, og for å kunne forholde seg til både formelle og uformelle nettverk. Studien forholder seg til nytteverdien av kompetanseheving og holdningsskapende arbeid i personalgruppen, arbeid med vekt på brukerinvolvering rettet mot pasientene, og på fordelene av økt samarbeid mellom de involverte partene. Deltakerne innen helse- og sosialtjenestene, og andre strategiske nettverk, arbeidet seg fram til å bli et felles ansvarsdelende nettverk, fremfor avgrensede deler av en behandlingsskjede hvor ansvaret suksessivt overlates til neste ledd (Opjordsmoen, Vaglum, & Thorsen, 2008). Et realistisk mål om utstrakt samarbeid mellom profesjonene, forutsetter kontinuerlig refleksjon over egne holdninger og brukerrettigheter med aktiv deltakelse, for å kunne oppnå endring og kompetanseutvikling.

2.4 Sykepleieteori

Selv om jeg i denne oppgaven vektlegger en tverrfaglig forståelse av psykisk helsearbeid, har jeg samtidig med meg mitt sykepleieperspektiv, med ulike sykepleieteorier som en del av det faglige grunnlaget. Noen teoretikere har gjort større inntrykk på meg enn andre, deriblant Joyce Travelbee fra USA. Hun vektlegger de menneskelige og mellommenneskelige aspektene i pasient og helsearbeider rollene, og betydningen av de relasjonelle prosessene, spesielt i psykisk helsearbeid.

Travelbee er utdannet psykiatrisk sykepleier i USA, og utga for over 40 år siden boken *Interpersonal Aspects of Nursing*, som jeg opplever har stor relevans for min problemstilling. Hun er spesielt kjent for uttrykket “terapeutisk bruk av seg selv”, og for viktigheten av empatiforståelse og brukerorientering. Hennes tenkemåte og tilnærming til psykisk lidelse er i dag ikke lenger banebrytende, men allikevel gyldig. Eksistensiell filosofi og humanistisk psykologi er grunnlaget for Travelbee’s sykepleieteori, hun hevder at opplevelse av sykdom, lidelse og tap er subjektivt, og at bare den det gjelder kan formidle og kommunisere opplevelsen. Tidligere i oppgaven

er begrepene «illness» og «disease» bragt inn, og de kan settes inn i Travelbee's forklaring av lidelse, når hun hevder at lidelse og helse er en del av selve livet, et allmennmenneskelig fenomen ingen kan fri seg fra. I et eksistensielt menneskesyn, med lidelse, tap og sykdom uløselig knyttet til det å leve, vektlegger hun mestring fremfor helbredelse, og undres videre over hvordan sykdom og lidelse kan defineres hvis man ikke motsatt fullt ut kan definere hvordan det er å være frisk. Travelbee vektlegger også verdien av håp, i den betydning at håpet er realistisk i forhold til sykdomsbilde, livsutfoldelse og mestring. Det å inngi håp har også en anti demoraliserende effekt, gjennom ærlighet, innsikt og forståelse, kan helsearbeideren hjelpe pasienten til å se seg selv og sin lidelse i et annet perspektiv (Berge & Repål, 2000).

Empati beskriver Travelbee som evne til å ta del i den psykiske lidelsen pasienten opplever, ikke som en kontinuerlig prosess, men mer situasjons- og øyeblikks betinget, og sterkt avhengig av likhetstrekk i erfaringsbakgrunn. Et menneske kan ikke uten videre forstå noe som ikke er knyttet til egen erfaringsbakgrunn, og helsearbeiderens erfaringsbakgrunn har stor betydning for grad av empati, nærhet og faglig forståelse i møte med pasienten. Travelbee mener empati må og kan, oppøves og utvikles gjennom egne erfaringer, og opplevde pasienterfaringer.

Travelbee beskriver hvordan helsearbeideren kan bruke seg selv terapeutisk ved hjelp av empati, personlig og faglig forståelse, og at det kommer til uttrykk ved å nærme seg pasienten gjennom gode kommunikasjonsferdigheter. En forutsetning for å kunne bruke seg selv terapeutisk er et gjennomtenkt standpunkt til egne personlige verdier og holdninger, sammen med faglig forståelse av menneskelig atferd. Helsearbeideren må kunne skille mellom egne behov og pasientens, for å kunne møte pasientens på pasientens premisser, og for å kunne håndtere overføring og motoverføringsprosesser, med overveielser av valgmuligheter gjennom evne til refleksjon og logisk tenkning, som igjen er knyttet opp mot evne til selvinnsikt og intellektuell forståelse (Travelbee, 1971).

Kari Martinsen fra Norge er også en sykepleieteoretiker jeg har stor respekt for, men hun vektlegger ikke relasjonen i seg selv i samme grad som Travelbee. Jeg viser allikevel til hennes teorier fordi hun vektlegger den asymmetriske maktfordelingen som ligger i ulike roller, og som er svært relevant i denne oppgaven. Hun vektlegger

også omsorgsaspektet og sykepleierens ansvar for å kunne ivareta pasientens autonomi, integritet og verdighet gjennom å begrense den krenkelsen som kan oppleves for den som er avhengig av omsorg fra andre (Martinsen, Alvsvåg, & Torsteinson, 1993). Martinsens teorier om makt og ansvar, paternalisme og sentimental omsorg, er særdeles relevante som grunnlag for etisk refleksjon av brukerens rolle og rettigheter i psykisk helsetjeneste, men av hensyn til oppgavens omfang er Kari Martinsens teorier lite vektlagt.

3. Hvordan relasjonskompetanse kan forstås

Relasjonskompetanse for helsearbeidere i psykisk helsetjeneste kan forstås som å inneha en rekke personlige egenskaper slik som gode kommunikasjons og samarbeidsegenskaper, evne til empati, og som sammen med faglig forståelse og ferdigheter, danner et samspill av fagkunnskap og personlige egenskaper.

Relasjonskompetanse innebærer at jeg, med mine subjektive virkelighetsoppfatninger, personlige egenskaper kan tilpasse min faglige forståelse til ulike situasjoner, uten å fravike grunnleggende prinsippene knyttet til likeverd og respekt i møte med andre. Det betyr ikke ukritisk å tjene andre menneskers ønsker og behov, men tvert imot å kunne skille mellom overdreven sentimental omsorg og destruktiv ansvarsovertakelse, eller ansvarsfraskrivelse, jfr K. Martinsens sykepleieteori (Kristoffersen, 1995). Jeg har også lyst å fremheve Søren Kirkegard sine kjente ord om å møte en hjelpetrengende, for å belyse kompleksiteten, men også enkelheten i begrepet relasjonskompetanse,

“At man, naar det i sandhet skal lykkes en i at føre et menneske hen til et bestemt sted, først og fremst må passe på at finde han der, hvor han er, og begynde der. Dette er hemmeligheten ved all hjelpekunst”. (Røkenes & Hanssen, 2002)

For meg kan utsagnet sammenlignes med å finne noen i en tett skog, og lede vedkommende på riktig kurs, med kart og kompass som hjelpemidler, men uten klart mål og utgangspunkt er hjelpemidlene verdiløse, det samme med manglende kunnskap om hvordan de brukes, man er i tilfældighetenes klør, og vandrer i ring. Riktig verktøy, og kompetanse til å kunne bruke det, er viktig, men like viktig er det samtidig å kunne identifisere og håndtere alle fenomener som *truer* relasjonen, noe helsearbeideren også må forholde seg til (Aalen & Kvaal, 2005). Tema blir utdypet under helsearbeiderens ansvar for relasjonen.

3.1 Menneskesyn og kommunikasjon

Det latinske ordet “humanitas” rommer både menneskelighet og dannelse, og viser til det som er spesifikt menneskelig. Humanistisk filosofi og psykologi har sine røtter fra 1500-tallet i Italia, hvor det som følge av menneskeforståelsen farget av datidens

ortodokse kristendom vokste fram en motreaksjon, en filosofisk retning i en humanistisk forståelsesramme, som en alternativ forståelse av at mennesket i kraft av seg selv har både frihet og egenverdi (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, & Løkke, 2009).

I studieplanen for MMHC (2007) beskrives helsefremmende psykisk helsearbeid i samsvar med WHOs prinsipper, som et personlig ansvar, som et samfunnsansvar for folk flest, og som et overordnet ansvar for stat og kommune. Manifester som WHO's prioriteringer i helsearbeidet, FN's menneskerettighetserklæringer, og Helsinkideklarasjonens forskningsetiske retningslinjer legger føringer for det faglige innholdet i forskning som omfatter mennesker, i tjenesteoppbyggingen, og for innholdet i ulike utdanninger¹.

Det betinger at målet om at et humanistisk menneskesyn må gjelde i alle ledd i psykisk helsetjeneste, og at den enkelte reflekterer over sitt menneskesyn. Ivaretagelse av den enkeltes verdighet til enhver tid, er kanskje ikke oppnåelig, men ved å gi temaet fokus, får det også kraft. Bringer avslutningsvis inn et lite sitat fra ukjent utgiver, *“når du ser målet klart, da er du på vei mot målet, og du vil også oppleve at målet er på vei mot deg”*.

Ordet kommunikasjon stammer fra det latinske verbet “communicare” som betyr “å gjøre noe felles”. J. A. Richards (1989) kommunikasjons modell i Kristoffersen (1995) viser på en enkel måte, hvordan deltakerne berøres av hverandres innspill.

¹. I 1948 deklarerer FN menneskerettighetene som ideelt sett skal være ukrenkelige, og fungerer som en moralsk argumentasjon og veiviser. Det vil være for omfattende å gå inn på dem i sin helhet, men jeg sammenfatter dem til at enhver har rett til å bli møtt med respekt for iboende og grunnleggende verdighet, integritet og autonomi. Et menneske ansees som et udelelig og særegent individ, med frihet til å foreta egne valg men også forpliktet til å ta ansvar for dem. For den enkelte blir denne retten til frihet også et ansvar og en moralsk forpliktelse i møte med andre. WHOs helsepolitiske dokument Health 21, Region Europa, fra 1998, trekker frem psykisk helse som et viktig satsningsområde, og angir tre grunnleggende etiske verdier: Helse som en grunnleggende menneskelig rettighet, likhet i helse, og solidaritet i handling mellom, og innen land og deres innbyggere. Deltakelse og ansvar for vedvarende fremme av helse ligger til individ, grupper, institusjoner og samfunn. (Kristoffersen, 1995). Helsinkideklarasjonen er etiske retningslinjer utarbeidet av leger, retningsgivende og overordnet all forskning som berører mennesker, som skal fremme respekt for mennesket, samt i enhver sammenheng beskytte og ivareta helse og rettigheter (Olsson & Sörensen, 2003)

“Kommunikasjon finner sted når et sinn handler slik i forhold til sitt miljø at et annet sinn blir påvirket, og at det i dette andre sinnet oppstår en opplevelse som er lik opplevelsen i det første sinnet som en delvis følge av denne opplevelsen”.

Alle mennesker er født med evne til å kommunisere, og gjennom opplevelsesfellesskap endres og utvides forståelsesrammene, og det blir mulig å forstå mer av hva en selv og andre mennesker tenker og føler. Kjernen i profesjonell kommunikasjon består av faglig kompetanse, som i tillegg til formålet om å hjelpe pasienten, også innbefatter en rekke personlige egenskaper og ferdigheter hos helsearbeideren, og som kan oppøves og finpusses gjennom veiledning og personlig bevissthet (Eide & Eide, 2007).

I denne oppgaven er det yrkeskonteksten som utgjør rammene for kommunikasjon, relasjon og samhandling, og skal ikke forveksles med private forhold. Fysiske omgivelser, språk og adferd, har en annen utforming i en yrkeskontekst enn i mer private omgivelser (Røkenes & Hanssen, 2002). Kommunikasjon mellom helsearbeider og pasient kan forstås som felles utforsking av ulikt oppfattet opplevelsesfellesskap, og påvirkes kontinuerlig av at sender og mottaker gjennom verbale og nonverbale budskap påvirker subjektive tankemessige og følelsesmessige forhold hos seg selv, og hos andre. Inventar og møbler, med plassering, farger og lysforhold angir også rammene for relasjonen, og kan oppleves som hensiktsmessige, eller motsatt, forsterke opplevelsen av rolleforskjeller og ujevn maktfordeling (Kristoffersen, 1995).

Et nyfødt barn er fra naturens side utstyrt med evne til å tilpasse seg omsorgspersonene. Det å kunne gjendanne handlinger er en del av sosialiseringprosessen, og handlingsmønstre innlært et sted, kan gjenspeiles i andre situasjoner. Barnet lærer å gape når skjeen med mat nærmer seg, og forsøker selv å bruke skjeen for å mate andre. Reaksjoner og handlinger knyttet til forsømmelse av barnet kan også bli innlært, slik at tilsynelatende irrasjonelle og kanskje direkte uhensiktsmessige reaksjonsformer blir en del av barnets ballast inn i det voksne liv, slik som uforklarlig angst for enkelte av dagliglivets situasjoner (Bråten, 1998).

Dagens utviklingspsykologi vektlegger at læring og utvikling skjer i samhandling med andre, og forståelsen av at mennesket har et medfødt dialogisk sinnelag, noe som innebærer både bekreftelser og utvidelse av perspektiver, gjennom en dynamisk

prosess. Gjennom dialogen med andre, erfaringer og forventninger, utvikles erkjennelse av et eget *selv*. Denne fornemmelsen av å ha et *selv* er en subjektiv opplevelse, en erkjennelse av hvilken rolle man har, og av hvilken person man anser seg som. (Aubert & Bakke, 2008). Et menneske mottar en ustoppelig strøm av meldinger som forteller noe om hva man betyr i forhold til omverdenen, og om hvem man er, uansett alder. Uheldige handlings- og reaksjonsmønstre kan endres gjennom empatisk og aksepterende holdning i møte med andre, ut i fra forståelse av at enhver relasjon utløser reaksjoner. Carl Rogers bidrag til relasjonsforståelsen på 1950- tallet, hvor empati, respekt, varme og genuinitet ble fremhevet, og hvor helsearbeiderens evne til empati var spesielt viktig i forhold til opplevelse av terapeutisk effekt hos pasienten er også gyldig i dag (Eide & Eide, 2007). Uheldige reaksjonsmønstre hos helsearbeideren må erkjennes, og bearbeides gjennom faglig og personlig veiledning og kollegial feedback, for å kunne møte og ivareta pasientens behov (Opjordsmoen, et al., 2008).

I et møte mellom helsearbeider og pasient er det gjennom kommunikasjonen det første skrittet mot en god relasjon blir tatt. Møtet er mellom mennesker, men helsearbeideren må fininnstille seg som et instrument for å kunne møte pasienten, jfr. Søren Kirkegaard. En beskrivelse av helsearbeideren som instrument er ment som at helsearbeideren “spiller på alle strenger” og “bruker seg selv” i relasjonen, og skal ikke forstås som standardiserte prosedyrer eller teknikker i møtet med pasienter.

Skau (2005) mener det er bedre å si at “*helsearbeideren er til stede som person i møtet med pasienten*”, fremfor å si at helsearbeideren bruker seg selv som et instrument, og presiserer ordenes kraft i den virkelighetsoppfatningen vi konstruerer. Utfra et menneskesyn som vektlegger respekt og likeverd, må helsearbeideren reflektere over tilnærmingsformer og ordvalg. Jeg velger å la begge beskrivelsene av møtet mellom helsearbeider og pasient bestå som illustrasjon på hvordan mening og forståelse kan påvirkes gjennom valg av ord.

I psykisk helsearbeid er pasienttilfanget mangfoldig, og helsearbeideren må tilpasse seg til pasientens behov og forventninger. Empati med innlevelse og forståelse av pasientens situasjon er verdiløs hvis den ikke blir kommunisert inn i relasjonen som grunnlag for samhandling og opplevelsesfelleskap. Empatibegrepet kan deles inn i en affektiv og en kognitiv form. Begge er viktige, den affektive formen åpner opp og

slipper pasientens følelser til hos helsearbeideren, mens den kognitive er mer observerende, viljestyrt og intellektuell, og begge formene er nødvendige i balanserte former (Eide & Eide, 2007).

Kari Martinsens polariserer ulike omsorgsbegrep gjennom å beskrive sentimental og paternalistisk omsorg. Ved den ene yttergrensen overinvolverer helsearbeideren seg, gjennom affektiv tilnærming, mens i den andre skapes en følelsesmessig distanse gjennom overdreven kognitiv tilnærming (Martinsen, et al., 1993). Kvaliteten på relasjonen helsearbeider og pasient deler, kan beskrives og måles utfra bevisstheten om hvordan ordvalg og adferd kan fremme eller hemme samhandlingsklimaet. Man blir aldri utlært innen profesjonell kommunikasjon, det er tvert imot en livslang utvikling og læringsprosess (Aalen & Kvaal, 2005; Eide & Eide, 2007; Skau, 2011). Det finnes ingen snarveier til god relasjonskompetanse, tvert imot kreves det kontinuerlig refleksjon og innsats for ikke å stivne i fastgrodde mønstre.

3.2 Relasjonen som arbeidsarena

Begrepet relasjon stammer fra det latinske ordet *relatio* som viser til et forhold mellom gjenstander, men i denne oppgaven viser det til forholdet mellom mennesker (Eide & Eide, 2007). Kvaal (2005) viser til Sigmund Freud som i sin tid hevdet at relasjonen mellom terapeuten og pasienten var selve *arbeidsarenaen* i terapien, det var i opplevelsesfellesskapet dem i mellom, de arbeidet med å komme frem til en felles forståelse. Reaksjoner eller anklager rettet mot terapeuten ble behandlet som et bidrag til relasjonen, og pasientens bidrag til relasjonen var viktig uavhengig av om det var realistisk eller ikke. Når pasientens subjektive opplevelsesverden farget relasjonen, ble det kalt overføring, mens terapeutens reaksjoner på bidraget ble betegnet som motoverføring. Terapeutens reaksjoner måtte reflekteres over og behandles uten at ansvaret for disse ble tillagt pasienten, og dermed føre relasjonen og terapien ut av kurs. Overføring og motoverførings- bidrag skulle inngå som en del av terapien, men uten at terapeuten bar preg av å være av privat, med utlevering av følelser og blottstilling av seg selv, tvert imot skulle terapeutens bidrag være preget av disiplin og selvsensur (Aalen & Kvaal, 2005). Freuds tanker om at terapeuten skulle utelukke formidlinger av privat karakter i terapien, er gyldige også i dag, men i en nyansert form, det skilles mellom personlig og privat nærvær.

Helsearbeideren forventes å være profesjonell i den betydning at private følelser og reaksjoner holdes borte fra arbeidsarenaen, og at profesjonelle retningslinjer er overordnet personlig engasjement. Ved å betrakte relasjonen som en arbeidsarena, kan den i litt vid forstand også betraktes som helsearbeiderens arbeidssted, hvor utfordringer og arbeidsglede går hånd i hånd. Forhold som truer relasjonen og dermed arbeidsarenaen, kan være vanskelige å identifisere, og det er heller ikke mulig å beskrive dem fullt ut. Belastninger som ikke håndteres kan påvirke arbeidsarenaen i negativ retning, og jeg ønsker derfor gjennom denne studien å få større viten om hvordan helsearbeideren gjennom fokus på egen relasjonskompetanse kan beskytte arbeidsarenaen (Lillestø, 1998).

3.3 Helsearbeiderens ansvar for relasjonen

En relasjon mellom helsearbeider og pasient innebærer i et humanistisk perspektiv at de er likeverdige som mennesker, samtidig som det er en asymmetrisk maktfordeling i relasjonen. Helsearbeideren har i kraft av sin rolle og fagkunnskap hovedansvaret for å etablere, vedlikeholde og avslutte relasjonen på en hensiktsmessig måte. Som en del av sin profesjonelle kompetanse må helsearbeideren forholde seg til motsetningsfylte aspekter i relasjonen med pasienten, slik som dobbeltkommunikasjon og ulike fortolkninger, ofte i veksling mellom dem, mens ansvaret for håndtering av eget bidrag i relasjonen er konstant (Vatne, 2006). Ytre faktorer som begrensende økonomiske rammer, mangel på fagfolk, utilgjengelig og lite fleksibel tjeneste m.m. har også betydning for å opparbeide en kvalitativ god relasjon. Helsearbeideren kan i kraft av sin tilhørighet til tjenesten forsterke eller svekke negative opplevelser knyttet til strukturelle forhold, og i et profesjonelt relasjonsarbeid handler det om til enhver tid å møte pasienten på en slik måte at pasienten kan føle seg fri til å by på seg selv. (Aubert & Bakke, 2008).

Helsearbeider og pasient er bundet sammen i relasjonen, medbringende sine ulike subjektive forventninger, ofte uten selv å ha valgt hverandre. En relasjon i en yrkeskontekst er nær og personlig, men avviker allikevel fra relasjoner i private forhold, og kan av samme årsak ikke sidestilles, eller verdsettes slik man ofte gjør i en privat kontekst (Aubert & Bakke, 2008). Pasienten har også et selvstendig ansvar for å bidra i relasjonen, men i begrenset omfang som følge av rollefordelingen.

Utfordringer som kan påvirke kommunikasjon og samhandling i en helsearbeider–pasient relasjon, og endatil true den, kan være knyttet til overføring og motoverføringsmekanismer (Aalen & Kvaal, 2005). Ved at helsearbeideren erkjenner egne sårbare områder, f.eks. et overdrevent behov for bekreftelse og tilbakemeldinger, eller et overdrevent behov for å hjelpe andre, kan uheldige overførings- og motoverføringsmekanismer identifiseres. De kan dermed begrenses og hindres i å få opptre som trusler mot relasjonen ved at helsearbeiderens personlige opplevelser blandes inn i de faglige vurderingene.

Som nevnt under kommunikasjon blir fortiden tillagt stor vekt i psykologiforståelsen. Valg, vurderinger og reaksjoner påvirkes av tidligere erfaringer, kanskje også med spor av konflikter, utilstrekkelig omsorg eller traumer. Travelbee (1979) viser til at de fleste mennesker bærer med seg sår og skader knyttet til det å være menneske. Helsearbeideren bærer på sine subjektive og psykodynamiske utfordringer på samme måte som pasienten, om enn ikke i like stor grad, men både pasient og helsearbeider sin virkelighetsforståelse påvirkes og fargelegges av tidligere opplevelser og hendelser. Gjennom å reformulere opplevelser i fortiden kan nåtiden oppleves med større mulighet for påvirkning, og kanskje også endre forventninger og håp til fremtiden. (Aalen & Kvaal, 2005). I relasjonsarbeidet er det vanskelig for helsearbeideren ikke å forholde seg til sin egen, og til pasientens fortid, men det er ikke fortiden i seg selv som er viktig, det er hvordan den påvirker nåtiden som er avgjørende.

Helsearbeideren kan ikke belastes for utfordringer og prøvelser pasienten opplever i eget liv, men helsearbeideren har hovedansvaret for å håndtere de utfordringene og prøvelsene relasjonen utsettes for. Ulik forståelse av samme tema, kan forklares som en personlig og subjektiv måte å filtrere informasjon på. I samhandlingssituasjoner kan ulike forståelsesrammer bidra til at små utfordringer og uenigheter vokser seg store, og helsearbeideren har et ansvar for også å løfte de små utfordringene fram, og sammen med pasienten reflektere over betydningen av dem. Ved å søke å forstå pasientens perspektiv, kan overføringsmekanismer håndteres ved å inngå i terapien som et refleksjonsgrunnlag. (Ekstam, 2001), (Kåver, Nilsonne, & Laberg, 2005). Anne-Lise L. Schibbye (1998) sier det slik, «Det ser ut til at mennesket har en fundamental trang til å være ekspert på egne opplevelser», og hvis et menneske fratas denne muligheten

kan det oppleves som å bli behandlet som en ureflektert «ting», (Andersen & Karlsson, 1998).

For å begrense den mulige krenkelsen som ligger i ulik rolle og maktfordeling, oppsummeres helsearbeiderens ansvar for relasjonen som; bevisst å arbeide for å fremme likeverd gjennom å møte pasienten med empatisk og faglig forståelse, og ved å beskytte pasientens integritet (Eide & Eide, 2007). Ved at helsearbeideren er bevisst på innholdet i begrepene, og integrerer dem i det daglige arbeidet med og for mennesker, vil det bidra til et livslangt læringsprosjekt mot større relasjonskompetanse, og samtidig en personlig utvikling. I en praksis med fokus på likeverd viser Aalen (2005) til at tre hovedområder i relasjonsbyggingen må være tilstede; likeverd, respekt og empati.

1. Økt fremme av likeverd i relasjonen, gjennom bevisst aktivitet rettet mot pasientens opplevelse av likeverd. I en pasient- helsearbeiderrelasjon kan mange forhold motvirke og true pasientens opplevelse av å være likeverdig, slik som organisasjonsstruktur og maktfordeling i relasjonen, som sammen med pasientens lidelse kan skape opplevelse av utilstrekkelighet og mindreverd. Helsearbeideren må aktivt søke å begrense dem for å fremstå som troverdig.
2. Respekten for menneskeverdet opprettholdes ved å akseptere at ulike omstendigheter og forutsetninger ble ulikt fordelt, tilfeldigheter har avgjort hvem som er pasient og hvem som er helsearbeider, og forskjellene mellom dem må ikke utløse moralske eller verdibaserte reaksjoner fra helsearbeider til pasient.
3. Refleksjon omkring empati, og om hvordan helsearbeideren selv ville ønsket å bli behandlet i en pasientrolle er ingen fasit, men mer ment som å sette fokus på pasientens situasjon. Det å skaffe seg oversikt over den ytre situasjonen ved å forestille seg å bytte roller, må ikke forveksles med å skaffe seg innsikt i pasientens indre opplevelser.

Gjennom til enhver tid å reflekterer over, og evaluerer egen rolle i relasjonen, omkring hva som er bra, og hva som ikke er bra, kan helsearbeiderens evne til også å håndtere spesielt krevende og utfordrende relasjoner oppøves (Aalen & Kvaal, 2005). Dagens forståelse av psykisk lidelse medfører fokus på hvordan pasienten møtes i relasjonen, mer enn sykdomsforklaring og evidensbaserte behandlingsmetoder (Kogstad, 2011). Det medfører store forventninger og krav til helsearbeideres fagkunnskap og

personlige ferdigheter i utøvelsen av psykisk helsearbeid, noe som gjenspeiles i langvarige utdanningsløp som grunnlag for både handlings- og relasjonskompetanse. Det pågår i dag store diskusjoner om mål og hensikt med evidensbasert behandling i psykisk helsearbeid, men denne diskusjonen blir av hensyn til oppgavens omfang ikke utdypet, utover å erkjenne at erfaringskunnskap også er verdsatt som relevant kunnskap, men ikke som en fasit.

I en profesjonell relasjon må maktbalansen erkjennes og forstås etter faglig-etiske retningslinjer for å kunne ivareta både pasientens, og egen, integritet og verdighet. Det innebærer at en del av helsearbeiderens profesjonelle relasjonskompetanse inneholder kunnskap om forskjellene på konstruktiv omsorg og destruktiv ansvarsovertakelse (Skau, 2011). Jeg trekker paralleller til Kari Martinsens sykepleieteori med problematisering av omsorgsbegrepet, tenker at konflikter og uenigheter i terapien kan henge sammen med at helsearbeiderens syn på hva som er til pasientens beste, avviker fra pasientens egen subjektive virkelighetsforståelse. Kun helt unntaksvis og i helt spesielle situasjoner kan helsearbeideren overta det personlige ansvaret for pasienten. Uenighet om behandling og tiltak kan ut fra et brukerperspektiv utfordre helsearbeiderens faglig-etisk forståelse, men helsearbeideren må tåle å utholde også uavklarte situasjoner.

3.3.1 Relasjonens betydning for pasientens utkomme av terapien

Prinsippet om likeverd og respekt i en humanistisk forståelsesramme danner grunnlaget for MMHC studiet ved Hihm. Ivaretagelse av den enkeltes verdighet innebærer at den enkelte blir vist respekt for sin integritet, uavhengig av personlige overbevisninger eller ytre omstendigheter (Hummelvoll, Jensen, Dahl, & Olsen, 2004). En profesjonell relasjon er å anse som selve grunnlaget for pasientens mulighet til utkomme av terapien, med mestring og innsikt. Helsearbeideren og pasienten kan ha motsetningsfylt verdisyn eller virkelighetsforståelse, kanskje knyttet til både politiske og religiøse overbevisninger, men gjennom sin profesjonelle rolle aksepterer helsearbeideren dette, uten ureflektert å være enig og ukritisk godta innspill som allmenngyldig, eller motsatt gå inn i en diskusjon om riktig eller feilaktig forståelse (Hummelvoll, et al., 2004).

Relasjonen kan i seg selv ha en terapeutisk effekt viser den kjente empiriske undersøkelse av M.A. Hubble, Barry L. Duncan og Scott D. Miller (1999). De fremhever fire hovedfaktorer, også kalt “The Big Four”, som begrunnelse for bedringsprosesser hos pasienter som har gått i terapi. Pasienten selv, og utenom-terapeutiske faktorer utgjorde til sammen 40 % av bedringsprosessene, relasjonen i seg selv utgjorde hele 30 %, ulike terapi modeller utgjorde 15 %, og håp og forventninger utgjorde også 15 %. Resultatene er ikke absolutte, men gir sterke signaler om hvor viktig relasjonen er for pasientens utkomme av terapien (Røkenes & Hanssen, 2006).

Selve ryggmargen i psykisk helsearbeid er tilrettelegging i forhold til funksjonsnedsettelsen som ofte medfølger psykiske lidelser, med organisering av tjenestetilbud tilpasset pasientens behov, slik at opplevelse av å få hjelp også kan knyttes til håp om en bedre fremtid (Lemvik, 2006). En tett relasjon kan aksepteres i perioder, men på sikt bli uheldig, ved at nærhet til mennesker og sosiale arenaer som pasienten trenger for å motvirke fremmedgjøring, kan bli nedprioritert, og at relasjonen til helsearbeideren som er en betalt hjelper, forveksles med vennskap.. Tryggheten ivaretas også ved at helsearbeideren opptrer som støttespiller i en bærekraftig relasjon som tåler både medgang og motgang, så vel som perioder med overdreven tilknytning eller distanse (Borg & Topor, 2003; Lemvik, 2006). Uheldig langvarig tilknytning er uheldig, spesielt for pasienten som er avhengig av oppfølging, men også for helsearbeideren som kanskje har personlige behov. Ved å bli verdsatt som en god behandler kan helsearbeideren få en positiv bekreftelse, men må allikevel balansere den innenfor de faglig- etiske retningslinjene tjenesten er underlagt. En del av tryggheten i relasjonen innebærer at det også gis nok rom for pasientens utprøving av iboende krefter eller begrensninger (Almvik, et al., 2006)

Profesjonell relasjonskompetanse er tuftet på god kommunikasjon, og innebærer forståelse av pasientens behov for refleksjon. Problemets karakter avgjør valg av tilnærming, rettet mot å utvikle et godt samhandlingsklima (Vatne, 2006). I en god relasjon vektlegges forståelse for språkets grunnleggende hensikt, økt samhandling, og forståelse av språkets tilknytning til følelser, som også er en viktig del av relasjonen. Ord har ulik verdi for den enkelte, og en del av helsearbeiderens ansvar er å kunne tilpasse seg pasientens ståsted, og samtidig reflektere over eget bidrag (Seikkula, 2000).

Samhandlingsprosesser knyttet til andre offentlige etater, på vegne av, og sammen med pasienter, gjenspeiler også helsearbeiderens relasjonskompetanse gjennom forståelse for interessemotsetninger og ulike virkelighetsoppfatninger, og kan dreie seg om å bistå pasienten i kontakt med NAV, fastlege, hjemmesykepleie eller andre.

Helsearbeideren er underlagt særegne retningslinjer for jobbutførelse, på samme måte som andre helse og sosialarbeidere. Kunnskap og forståelse for andre yrkesgruppers fagfelt bidrar til romsligere samarbeidsklime med åpenhet og tillit til hverandre, og trygghet for at aktørene samarbeider mot at pasienten får nødvendig bistand og støtte.

I Granerud og Granliens rapport (2010) fra Sagatun Brukerstyrt Senter, formidler brukerne at likeverd mellom mennesker forutsetter respekt for hverandres integritet. Det tas på alvor ved at ansatte og brukere markerer den enkeltes menneskeverd, likeverd og fellesskap, uansett tittel eller pasientstatus, ved å omtale seg selv og hverandre som *ansette*. Til tross for at man på Sagatun vektlegger brukerstyring, etterspør brukerne systemer for å kunne gi tilbakemelding til personalet når brukerne *ikke* opplever seg ivaretatt og respektert i samhandlingssituasjoner (Granerud & Granlien, 2010). Selv om man på Sagatun er på vei mot psykisk helsearbeid på brukernes premisser, er det fortsatt et stykke igjen når de etterspør systemer for reelle tilbakemeldinger til personalet for å formidle negative opplevelser knyttet til å oppleve seg respektert. Det kan være sammensatte årsaker til dette, slik som pasientenes sårbarhet, uklar rolleavklaring osv., men det blir ikke utdypet videre.

Vatne (2006) belyser likeverdsprinsippet ved å trekke paralleller til en subjekt-objekt orientert relasjon. Hun hevder at det i vestlige kultur er en tendens til å måle mennesker som objekter vurdert utenfra, det er den som vurderer som tildeler ros eller ris. For pasienter med tilknytningsproblematikk, noe som kan komme til uttrykk gjennom overdreven avhengighet eller avvisning, kan det oppleves spesielt krenkende at noen tillater seg å korrigere eller anerkjenne utfra egen overbevisning. Gjennom fokus på likeverd og brukerperspektiv kan pasientens rettigheter bli tatt på alvor ved at mulighet til selv å velge behandler er en del av det totale tilbudet. God personkjemi mellom pasient og helsearbeider er en del av relasjonsforståelsen, men kjennetegnet på en slik kjemi i en profesjonell relasjon er vanskelig å definere, om det er felles forståelse eller tvert imot en evne til å trå litt ut av forståelsesrammer, er uklart. Helsearbeiderens beskyttelse mot å bli vurdert kun som et objekt med nytteverdi,

avhenger av kollegastøtte gjennom åpenhet og trygghet i personalgruppen, og mulighet for refleksjon og veiledning.

Den tillitt pasienten vises ved å påvirke valg av behandler, vil neppe bli misbrukt, og det burde som en del av pasientrettighetene være mulig å velge behandler uten frykt for represalier eller begrensninger i behandlingstilbudet. Ved at pasientens integritet og verdighet blir ivaretatt gjennom å formidle tro på pasientens egen dømmekraft, tilrettelegger det også for «empowerment», pasientens myndighet og kraft til å påvirke eget behandlingsopplegg (Tveiten, 2007). Når pasienten møtes som en person med rett til å påvirke egen behandling, og ved å innta en lydhør rolle som samarbeidspartner og støttespiller, er allerede første skrittet mot en likeverdig relasjon tatt gjennom å begrense helsearbeiderens ekspertrolle (Lemvik, 2006). Ulike valgmuligheter innebærer samtidig et ansvar for helsearbeideren slik at pasienten ikke pålegges å ta valg som kan oppleves uhåndterlige.

Evne til indre dialog og dialog med andre utvikles gradvis, fra et barn som snakker høyt med seg selv og til en voksen med evne til indre dialog gjennom opplevelse av sitt eget *selv*. Et menneske med psykisk lidelse har kanskje brister i utviklingen av et eget *selv*, eller bare midlertidig i utakt med seg selv. Helsearbeideren kan gjennom sin fagkunnskap bidra til at ordvalg og språket i seg selv, med ufullstendige setninger som følge av sårbarhet, kan utvikles til en fruktbar dialog med refleksjon omkring erfaringer og opplevelser. I gode relasjoner kan indre subjektive, og intersubjektive uenigheter løftes fram, og gjennom bruk av språket kan alternativer drøftes og evne til krisemestring styrkes (Seikkula, 2000). Profesjonell tilnærming innebærer at pasientens behov for utfordringer, og mulighet for refleksjon som en vei til innsikt, på lik linje med helsearbeideren, blir ivaretatt (Vatne, 2006). Aalen (2005) viser til at indre motsetningsfylte følelser og reaksjoner ofte er å anse som selve omdreiningspunktet i den psykiske problematikken, og at det å bli sett, hørt og forstått, kan oppleves som å være verdsatt og prioritert, og at det kan bidra med kraft til å ønske endring, og at man derfor ikke skal være så redd for å utfordre, med respekt.

3.3.2 Relasjonens betydning for helsearbeiderens arbeidsglede

Mennesket er av natur sosiale vesener og gjensidig avhengige av hverandre. Det ikke viljestyrte nervesystemet som styrer bl.a. hjertefrekvens, blodtrykk og åndedrett, og

påvirkes også av mentale prosesser. Opplevelsen av god eller dårlig kvalitet på en relasjon, påvirker slik de autonome, eller ikke viljestyrte prosessene i menneskekroppen. Kunnskapen om gode og dårlige relasjoners effekt på kropp og sjel er jo allment kjent, men jeg velger allikevel å fremheve den, da jeg mener den også har betydning for partene i en relasjon i en yrkeskontekst. Partnerens velvære bidrar til eget velvære, og motsatt, eget velvære bidrar til partnerens velvære. Utsagnet uttrykker min forståelse av relasjonens betydning for den enkelte, i en behandler – pasientrelasjon, i private og nære relasjoner, og med kolleger og venner.

I kritiske situasjoner på flyreiser, blir passasjerene oppfordret til å ta på egen surstoffmaske før man hjelper andre, for å kunne komme i posisjon til å hjelpe andre gjennom først å ha ivaretatt seg selv. I en profesjonell relasjon mellom helsearbeideren og pasienten, skal helsearbeideren ivareta pasienten, men også seg selv for å kunne være i posisjon til å hjelpe. Ved å ikke ivareta seg selv, gjenspeiles det i hvordan man møter andre mennesker, og i psykisk helsetjeneste med spesielt sårbare pasienter, mener jeg prinsippet om å ivareta seg selv, og egen kompetanse, er avgjørende for å kunne hjelpe pasientene, og for samtidig selv å oppleve mestring.

Relasjonen som arbeidsarena kan sammenlignes med andre av hverdagens arenaer, der sosial kompetanse oppøves gjennom prøving og feiling, ved å flytte grensene for hva man våger, selv om veien tar uante retninger og målet forskyves. Ethvert utviklingsarbeid krever motivasjon og innsatsvilje, det kan være mer behagelig å være der man føler seg trygg, ikke tenke nye tanker eller sprengte gamle grenser, men dermed får man heller ikke tilgang på ny forståelse og kunnskap som finnes på disse ukjente områdene. Like viktig som å tilegne seg ny kunnskap og forståelse, er det å reflektere over egne eksistensielle og subjektive holdninger og oppfatninger, og kanskje endatil kvitte seg med en del av dem, for å rydde plass for fornyelser (Skau, 2011).

Jeg tror at dersom en relasjon oppleves problematisk og belastende for helsearbeideren, begrenses mulighetene til personlige vekst. Gjennom veiledning og refleksjon kan dette motvirkes ved at krevende relasjoner kan forstås som en læringsarena, og dermed kan ha en læringseffekt, selv om det kan oppleves utfordrende.

Skau (2011) hevder at uten en søken etter det usagte eller det ukjente, kan enhver bli sittende fast som *elendighetens midtpunkt*, fornøyd med oppmerksomhet fra andre som erstatning for personlig vekst, og den stagnerte helsearbeideren vil møte pasienten om igjen og om igjen med de samme velkjente oppfatningene og velbrukte utsagn. Gode relasjonskunnskaper bidrar til at man kan utnytte og fremheve personlige egenskaper hos seg selv og hos andre, og gjennom pasientenes bedringsprosesser få bekreftelse på at man er ansett og anerkjent, og slik også oppnå personlig vekst som en tilleggsgevinst (Borg & Topor, 2003). Motsatt kan manglende eller konfliktfylt samhandling, eller skyld og ansvar for konflikter, ensidig skyves over på pasienten eller på seg selv (Aalen & Kvaal, 2005).

Helsearbeideren må i et egenomsorgsperspektiv også være oppmerksom på hva som begrenser eller fremmer personlig utvikling for seg selv, ikke bare for pasienten. Helsearbeideren kan oppleve at man “bruker opp” seg selv i hjelpearbeidet for pasientene, strømmen av lidende mennesker er ustoppelig. Etter lang tid med personlig engasjement og emosjonell innsats, kan det komme symptomer og reaksjoner som likegyldighet og/eller rigiditet, i den forstand at man ikke orker å tenke eller handle etter nye mønstre. Det innebærer at stressorer gis rom til å påvirke opplevelsen av trivsel, livskvalitet og helse i negativ retning. Det kan være en forbigående kortvarig tilstand, men det kan også være et av de første tegnene på at helsearbeideren er i ferd med selv å bli deprimert, eller totalt utslitt. *“Utbrethet kan defineres som en tilstand av fysisk og mental utmattelse, som følge av vedvarende emosjonelt press på arbeidsstedet”* Det er store individuelle ulikheter i hva som oppleves som belastende, personlighet og livsverden påvirker evnen til å mestre utfordringer og belastninger både i privat og i arbeidssammenheng (Roness, 1995).

Aalen (2005) viser til en psykiater som opplevde seg selv som “stråleskadd” etter 20 års påvirkning av negativ utstråling fra alvorlig psykisk syke pasienter, og som ikke orket å fortsette arbeidet på samme måte som før. Røkenes (2007) fremhever en undersøkelse av Truax og Mitchell (1971) hvor de viser til terapeuter i forsvar, og som må kunne antas å ha blitt overbelastet og dermed beskytter seg mot ytterligere negative belastninger.

En artikkel av danske Ole Schouenborg, klinisk psykolog og seminarlektor ved Skovtofte, University College Copenhagen, oversatt til norsk i Dagsavisen (2009) gir

god grunn til ettertanke om hvordan arbeidshverdagen påvirker, og påvirkes av helsearbeideren selv. Scouenborg går direkte til verks, og man kan kjenne seg igjen i fremstillingen hans. Jeg refererer et avsnitt fra artikkelen som beskriver konflikten mellom å være åpen og empatisk for å kunne møte pasienten der han er, og sammenhengen med selv å bli overbelastet.

Særlig utsatt er de relasjonsarbeiderne som er sammen med mennesker som har det ille. Vi speiler daglig en rekke av andres lidelsesfulle tilstander inne i oss selv. Vi er fanget i en gordisk knute: Hvis vi skal forstå vårt lidende medmenneske skikkelig, må vi være åpne og empatiske, merke dem inne i oss selv. Disse speilingslidelsene kan vi ikke bare spytte ut igjen – de hopper seg opp i oss, uke etter uke, år etter år. Hvis vi holder den såkalte profesjonelle distansen i kontakten, møter vi dem ikke der de er, og det merker de. Det går ut over kvaliteten i nærværet, og over forståelsen. Ren intellektuell innlevelse finnes ikke. Vi kan ikke konstruere oss ut av at nærhet og distanse er hverandres motsetninger. Hvis jeg har rett i bare noen av antakelsene ovenfor, kan de anvendes til å forstå en rekke av fenomenene som kan avleses på det profesjonelle omsorgsområdet. Vi forstår kanskje plutselig hvorfor så mange i relasjonsverdenen søker videreutdanning. Vi forstår kanskje den florerende utbrentheten, sykmeldinger og stress i bransjen litt annerledes, og hvorfor rødvinsforbruket typisk er høyt for relasjonsarbeidere.

Schouenborg (2009) konkluderer med at det er en risiko for å få belastningsskader ved å være relasjonsarbeider, og han foreslår å korte ned daglig relasjonsarbeid til maks fem timer, og sammenhengende tjeneste på et sted i maks ti år, for å begrense disse belastningsskadene.

Norsk Sykepleieforbund etablerte i 2001, kurs for sykepleiere på Modum bad, etter modell av legeforeningens kurs om ivaretagelse av egen helse i hensikt å forebygge utbrenthet. En betydelig andel av sykepleierne viste tegn på angst og depresjon, men det var ikke entydig at arbeidsbelastningen alene var årsaken. Private forhold påvirket også jobbmestring, og betydningen av jobbrelaterte belastninger og individuelle forhold måtte vurderes samlet. Kursdeltakerne mente kurset gav en god mulighet til bevisstgjøring og refleksjon i innhold og utøvelse av sin profesjon, og omkring ulike belastningsfaktorer (Borge, 2003). Helsearbeideren har relasjonen som sin

arbeidsarena, med de muligheter som ligger der for å skape en arbeidsdag med personlig og faglig utvikling, med opplevelse av å være betydningsfull og verdsatt. I vid forstand betrakter jeg arbeidsarenaen og aktørenes opplevelsesfelleskap, som et utgangspunkt for subjektive mål og drømmer, som en mulighet for personlig vekst og utfoldelse. Det er i dialogen og samspillet med andre vår personlighet får utfolde seg og komme ut i lyset, og gi muligheter for tilbakemeldinger. Personlige tilbakemeldinger er alltid subjektive, og ikke nødvendigvis riktige, men de gir alltid grunnlag for refleksjon og ettertenksomhet, og har derfor sin verdi uavhengig av hvem som uttrykker dem, pasient, kollega, venner eller familie (Skau, 2011).

På min arbeidsplass med slagordet “Helseetaten, en helsefremmende arbeidsplass”, er det ofte hektiske arbeidsdager. Noen ansatte utmerker seg ved å være glade og positive, de skaper liv og røre på jobb og har lavt konfliktnivå, og jeg tenker det er god relasjonskompetanse som viser seg som arbeidsglede. Det er merkbart at pasientene kommuniserer friere, og gir gode tilbakemeldinger til helsearbeideren. Selv om det er helsearbeider og pasient som deler opplevelsesfelleskapet, inkluderes på en forunderlig måte også omgivelsene, trivsel og velvære skaper positive ringvirkninger, og oppleves både mentalt og fysisk. Som nevnt tidligere, kan helsearbeideren søke etter bekreftelse og anerkjennelse i sin jobbutførelse, men i en pasient– helsearbeider relasjon må slike personlige behov framtre varsomt, og alltid slik at pasientens integritet og verdighet ivaretas.

Jeg ønsker ikke å utdype tilstanden *utbrenthet* utover å vise til den som motsetning til arbeidsglede, og til at de begge eksisterer og utvikles på arbeidsarenaen, i relasjonene, og at den enkelte helsearbeider behøver kunnskap om betydningen av å ivareta og utvikle egen relasjonskompetanse. Arbeidsglede fremmes gjennom balanse mellom utfordringer og opplevelse av mestring og trivsel, sammen med tryggheten og vissheten om at det faktisk er lov å være sliten i blant. I en artikkel i Sykepleien forskning presiserer Vullum (2011) at mulighet for faglige diskusjoner og god kollegastøtte er av stor betydning for opplevelse av stressmestring. En annen artikkel av Hofstad (2010) har tittelen «Du tror du er stresset», og viser til den enkeltes ansvar for, og muligheter til å selv å påvirke stressopplevelsen gjennom å sette små delmål, gjøre noe med det man kan gjøre noe med, og skyve bort det som er utenfor tilgjengelig handlingsrom.

Ved å se på oppgaver, krav og forventninger som utfordringer og læresituasjoner skapes også en positiv opplevelse, fremfor problem fokusering på gjøremålene, som ofte kan gi en negativ stressmestringsopplevelse, skapes en arbeidssituasjon preget av arbeidsglede og mestringsopplevelse.

3.3.3 Helsearbeiderens livsverden i relasjon med pasientens

Travelbee's (1996) synspunkter om å ha lignende erfaringsbakgrunn som pasienten, for å kunne møte denne med empati og forståelse, er en stor utfordring i psykisk helsetjeneste. Mange sosiale arenaer kan oppleves som uoversiktlige, og menneskene har ikke tilknytning til storfamilien i samme grad som tidligere. Menneskene oppsøker gjerne arenaer der de kan identifiserer seg med andre og oppleve seg trygge og aksepterte, og opplevelsen av krenkelse knyttet til tap og manglende tilhørighet, er aspekter man må forholde seg til i et moderne og omskiftelig samfunn (Lemvik, 2006). Helsearbeiderens forståelse av samfunnsstrukturer som livsvilkår og økonomi er viktig, og både egen og pasientens livsverden må forstås og respekteres utfra de reelle livsvilkårene (Borge & Almvik, 2000). Ved at helsearbeideren er bevisst på egne forståelsesrammer, blir forutsetningene for et opplevelsesfellesskap på pasientens premisser klargjort. Selve fellesskapet kan sees på som en dimensjon med innhold og rammer, den psykologiske opplevelsen som innholdet, og stedet der opplevelsesfellesskapet finner sted som rammen (Aalen & Kvaal, 2005). For å oppnå dette må helsearbeideren rette bevisstheten mot den andre, og se denne som et deltagende subjekt, og ikke kun som et objekt egnet til å oppfylle visse forventninger der og da (Borg & Topor, 2003). Det kan være utfordringer knyttet til motstridende interesser og individuelle og personlige særegenheter, men ved at helsearbeideren vektlegger en lett og tvangfri kommunikasjon kan både pasienten og helsearbeideren oppleve et godt opplevelsesfellesskap gjennom felles aktiviteter (Røkenes & Hanssen, 2006). Helsearbeideren har ansvar for å ivareta både egne behov og pasientens interesser, og gjennom fellesskapsopplevelser og forståelse for ulike livsverdener kan målet om å oppnå en åpen og likeverdig relasjon mellom helsearbeider og pasient oppnås.

I dagens forståelse av psykisk helsetjeneste er det ikke god tone å "menge seg med pasienter" på felles arenaer, spesielt ikke i private kontekster. Jeg ser at det kan bli en

miks av private og jobbrelaterte aktiviteter, men mener at helsearbeiderens ansvar om å opptre som profesjonell også gjelder i fritiden, og at uheldige tilknytninger dermed begrenses. Ved å treffes i dagligdagse omgivelser, og forholde seg til hverandre som privatpersoner, tror jeg det åpner for opplevelsesfellesskap med intersubjektiv fellesskapsfølelse som videre gir rom og mulighet for refleksjon. Grensene før nærhet og avstand er et brennbart tema som gir grunnlag for faglig-etisk diskusjon, omkring profesjonskrav og om hvem man beskytter, og hvorfor. Jeg avslutter med et sitat hentet fra en artikkel av doktorgradsstipendiat Halås (2008) om sosialarbeideres arbeidsvilkår i små kommuner, og som viser til at en profesjonell fagarbeider ikke er en del av et system, men en ansvarlig person med mandat fra et system.

Sosialarbeiderne i de små kommunene utfordrer oss til å se på nærheten som en mulighet og potensiell ressurs i det sosiale arbeidet. Kanskje er det slik at vi i frykten for å komme for nær, skaper en kunstig avstand som hindrer oss i å ta i bruk relasjonen som en av de grunnleggende ressursene i sosialt arbeid (Halås, 2008, s.98-112).

Hun viser også til at nærhet man opplever i små kommuner kan være en ressurs i kontakten med den hjelpetrengende. Den generelt distanserte profesjonelle tilnærmingen kan trygt nedtones utfra forståelsen av at kunnskap om, og kjennskap til, ulike livsvilkår tvert imot kan styrke relasjonen, og danne grunnlag for felles forståelse av både problemområdene og tilgjengelige ressurser. Helsearbeideren har en ekspertrolle som følge av sin fagkunnskap, samtidig som brukeren er «ekspert på seg selv», og helsearbeideren må aldri tone ned sin fagkunnskap i hensikt å slippe pasienten til i egen ekspertrolle. Helsearbeideren skal tvert imot tilby sin bistand og åpent vise sitt kunnskapsområde slik at pasienten ha full tillitt til at helsearbeideren er en dyktig fagperson, og en dyktig relasjonsarbeider, som fullt ut ivaretar relasjonelle, faglige og etiske utfordringer (Tveiten, 2007).

4. Metodisk tilnærming

Denne oppgaven er bygget opp som kvalitativ studie, med en hermeneutisk og fenomenologisk forståelsesramme, og presentert som en monografi. Studien kan og beskrives som eksplorativ, eller utforskende, ved at den søker etter sammenhenger mellom helsearbeiderens relasjonskompetanse og opplevelse av arbeidsglede, og pasientens utkomme av terapien. Kvale (2009) viser til *metode* som *veien til målet*, og når målet er kjent, kan ulike metoder velges for å nå det. Jeg har valgt å bygge opp oppgaven ved først å innhente et bredt teoretisk bakgrunnsmateriale, for så gjennom intervjuer søke å avdekke sammenhenger mellom mine antakelser og andres erfaringer (Friis & Vaglum, 1999). Metoden jeg har valgt er intervju med en semistrukturert form som er en mellomting mellom en fritt flytende samtale og spørreskjema, av strategisk utvalgte helsearbeidere (Kvale, et al., 2009). Valg av metode for å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålet kan også sies å være et valg av verktøy og framgangsmåte, i hensikt å fremskaffe ny viten (Hellevik, 2009). Jeg har funnet det kvalitative forskningsintervjuet som den beste egnede metoden for å besvare mine forskningsspørsmål. For å sikre felles forståelse av tema valgte jeg som nevnt innledningsvis, å presentere to narrativer ved oppstart av intervjuene, og på den måten konkretisere tema og problemstillinger som lett kunne blitt intellektualiserte og abstrakte ved at man hadde fokusert på fagspesifikke teorier fremfor praksisnære hendelser.

En kvalitativ studie kjennetegnes av forståelse for subjektive opplevelser, dybdeerfaringer og levde liv, fremfor et mer positivistisk perspektiv som innenfor naturvitenskapelige og biomedisinske tilnærminger (Foss & Ellefsen, 2005). En kvalitativ tilnærming sikter mot å trenge inn i, og lete fram mønstre i et mangfold av empirisk materiale og sanseintrykk som mottas i forskningsprosessen (Hellevik, 2009).

Det forutsettes at forskeren har en viss kunnskap om fagfeltet for å kunne søke etter relevant informasjon, og for å kunne forstå den ut fra riktig kontekst. Den samme forforståelsen kan imidlertid også fungere som en sperre for ny og utvidet forståelse ved at man henger fast ved etablerte og kjente tanker og mønstre. Gjennom prosessen med omgjøring av innsamlet materiale til sammenhengende og meningsbærende

tekster, er det viktig for analysearbeidet å være bevisst på både egen forforståelse, og på datamaterialets historiske sammenheng for å kunne se utover her og nå situasjonen for å kunne fange opp, og belyse nyanser og meningsforskjeller (Kvale, et al., 2009).

Innsamlede data er sortert og analysert i samsvar med forskningsspørsmålene. Kvalitative og hermeneutiske forskningsprinsipper var også retningsgivende i planleggingsarbeidet med utarbeiding av intervjuguiden og gjennomføringen av intervjuene, med påfølgende transkribering av dem, samt i analysearbeidet med vurdering av utsagn og identifisering av meningsbærende momenter (Olsson & Sörensen, 2003).

Et semistrukturert livsverdenintervju er velegnet for å forstå temaer fra dagliglivet ut fra intervjupersonens egne perspektiver. Den åpne intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk, men fungerte mer som veiviser gjennom samtalen. Gjennom forarbeidet med å skaffe til veie teoretisk bakgrunnsmateriale, ble det også skapt grunnlag for å kunne holde samtalen i gang, og for å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål gjennom kjennskap til fagfeltets særpreg, og problemområder.

Notater, lydopptak og transkribert materiale av intervjuet, danner et datamateriale som videre gir grunnlag for analysearbeidet (Kvale, et al., 2009). Mitt analysearbeid startet med ordrett å transkribere lydopptak, legge til diverse notater og egne observasjoner, og sortere og kategorisere meningsbærende utsagn, før meningsfortolkning av de enkelte elementene.

4.1 Hermeneutikk, forforståelse som startpunkt

Hermeneutikk er en begrepsforståelse, eller en forståelsesramme, en filosofisk forståelse av tekster, språk, og hendelser, og hvordan de preges av menneskenes fortolkning, og hvordan de videre preger menneskenes forståelsesrammer.

Hermeneutikken ble i sin tid utviklet av tyske filosofer som en lære for fortolkning og forståelse av religiøse, juridiske og litterære tekster, men omfattet etter hvert også samtaler, hendelser og opplevelser. En hermeneutisk forståelsesramme innebærer at språket ses som sentralt og meningsbærende, i både skriftlige verker og muntlige overbringelser, og at handlinger og forståelsesrammer ses i lys av den historiske konteksten de opptrer i, og som de både farges av, og selv gir farge til forståelsen. I en

intervjusituasjon vil informantens synspunkter være knyttet til dennes livsverden, men vil bli forstått og formidlet videre gjennom intervjuerens livsverdensvindu, dvs. mitt, og lede til forståelse gjennom fortolkning i en dialektisk prosess med veksling mellom informantens og mine perspektiver. Når leseren vurderer det skriftlige materialet utfra sine forutsetninger, skapes en særegen og subjektiv opplevelse av innholdet og sammenhengen i materialet (Olsson & Sørensen, 2003).

I et kvalitativt intervju kan datagrunnlaget og fortolkningsmangfoldet bli enormt. Det er derfor viktig å ha klart for seg hvilket perspektiv man innehar som forsker, hvem sin forståelse som etterspørres, og i hvilken kontekst den fremkommer. Noe av kjernen i hermeneutikken handler om at mennesket handler og fungerer innenfor tidsaktuelle, kulturelle, faglige og personlige forståelsesrammer, og handlinger og fortolkninger kan ikke adskilles fra denne konteksten (Kvale, et al., 2009).

En tekst er skrevet i en tidligere og annen historisk sammenheng enn den som leseren befinner seg i. Olsson & Sørensen (2003) viser til Gadamer (1979) som hevder at fortolkning og forståelse av skrevne tekster må sees i sammenheng med gjeldende forståelse av språk, muntlige tradisjoner for samtaler, og at et intervju ikke ordrett kan overføres til andre forståelsesrammer. Ved å bruke meg selv aktivt ved å utnytte den faglige fellesskapsfølelsen som ble bekreftet ved gjennomgang av narrative, og i den påfølgende intersubjektive opplevelsen som oppsto i dialogen mellom meg som forsker og informanten, søkte jeg etter informantens erfaringer og betraktninger gjennom aktiv lytting, og oppfølging med kontrollspørsmål (Foss & Ellefsen, 2005). Ny forståelse fremkommer i et vekselspill mellom tidligere og nye erfaringer og tanker, og min forforståelse er derfor avgjørende for hvordan jeg innhenter, forstår og analyserer innhentede datamateriale. En hermeneutisk prosess kan forklares som en vedvarende sirkel eller spiral, hvor deler og fragmenter samles og bygges opp som en helhet, og som videre skaper grunnlag for refleksjon og undring (Kvale, et al., 2009). Forståelsen og fortolkningen av en tekst, eller opplevelse, avhenger av forståelse om tema og hele konteksten, og kunnskap om holdninger og verdier hos den eller de som søker ny viten. I min søken etter sammenheng mellom helsearbeiderens relasjonskompetanse, opplevelse av arbeidsglede og pasientens utkomme av terapien, har jeg vært bevisst på min egen forforståelse og antakelser. Ved å sette dem litt til

side, er påvirkning på både data analysen og i konklusjonen begrenset. Jeg la ikke skjul på min faglige bakgrunn, men vektla den heller ikke i datainnsamlingsprosessen.

4.1.1 Fenomenologi - livsverden som veiviser

Innenfor kvalitativ forskning er en fenomenologisk tilnærming sentral for å forstå individuelle og sosiale fenomener utfra egne perspektiver, og for å kunne beskrive verden slik den oppleves, ut fra forståelsen om at det er den enkeltes opplevelser som erkjennes som den enkeltes virkelighet (Kvale, et al., 2009). Individets opplevelse av et fenomen må sees i lys av den livsverdenen opplevelsen utspiller seg i, og med livsverden som veiviser mener jeg at informantenes formidlinger, er den virkeligheten de opplever i sin hverdag, med deres egne subjektive perspektiver og forståelsesrammer. Kunnskapen eller viten som fremskaffes er ikke den absolutte sannhet, men mer som nye innfallsporter. En fenomenologisk tilnærming innebærer at det som fremkommer ikke uten videre kan generaliseres, men kan allikevel ha overføringsverdi til lignende situasjoner. Materialet kan også ha en verdi i seg selv ved at problemområder belyses, og inspirerer til videre studier (Olsson & Sörensen, 2003). Gjennom kritisk holdning til mine egne forutinntatte meninger, har jeg søkt å kondensere det som fremtrer, og belyse det i både hverdagslige og vitenskapelige forståelsesrammer i hensikt å fremskaffe ny forståelse

Edmund Husserl (1859-1938) som sies å være fenomenologiens opphavsmann, studerte både astronomi, matematikk, fysikk og filosofi, og hadde en variert forståelsesbakgrunn. Hans tanker og filosofi omkring enkeltmenneskers bevissthet og opplevelse av samme objektive materiale, bidro til fenomenologiens fremvekst omkring år 1900. Den filosofiske retningen ble utvidet til også å forholde seg til hvordan det enkelte enkelt menneskes livsverden påvirket opplevelsen. Andre filosofer som Merleau-Ponty og Sartre mente også at livsverden omfattet menneskets kropp, og at opplevelse av egen livsverden måtte ses i historisk sammenheng (Husserl, 1995). Et fenomenologisk perspektiv fokuserer på menneskets subjektive opplevelse av et fenomen, og opplevelse og erfaring regnes som gyldig kunnskap i lys av den livsverden opplevelsene utspiller seg i (Malterud, 2008).

Gjennom intervjuene av utvalgte helsearbeidere har jeg etterspurt den enkeltes erfaringskunnskap og refleksjoner, som bidrag til å utvide min forståelse. Ved å

etterspørre den enkeltes personlige opplevelser har jeg søkt etter et subjektivt-innenfra perspektiv, og så trukket ut essensen av det, og samlet det til et datamateriale som grunnlag for å besvare min problemstilling.

4.2 Datainnsamling, kvalitativt intervju

Jeg ønsket å få vite noe om betydningen av helsearbeiderens relasjonskompetanse for helsearbeiderens opplevelse av arbeidsglede sett i sammenheng med pasientens utkomme av terapien, og intervjuet strategisk utvalgte helsearbeidere fra ulike tjenester, med intervjutid fra en til to timer. Ved å intervju enkeltpersoner ble de ikke påvirket av andre som i en gruppe, og slik kunne bli usikker på eget ståsted. I enhver studie vil det være en avveining av hvor stort omfanget av datakilder skal være. Tidsperspektiv, økonomiske og praktiske rammer vil også være utslagsgivende og begrensende for omfanget (Hellevik, 2009). Malterud (2003) viser til at et lavt antall informanter, mellom 4 og 7, kan være tilstrekkelig hvis det er gjort et grundig teoretisk forarbeid, og hvis forskeren kjenner fagfeltet. Jeg støtter meg til dette, og mener at forarbeidet med teoretisk forankring er i samsvar med kriteriene, at krav om kjennskap til fagfeltet er oppfylt, at mine 5 utvalgte personer samlet utgjør et adekvat utvalg, og at antallet derfor er tilstrekkelig for å kunne besvare problemstillingen, i samsvar med oppgavens omfang. Utvalgskriteriene var helsearbeidere med grunnutdanning på høyskolenivå, videreutdanning i psykisk helsearbeid, minimum fem års erfaring, og med arbeid i psykisk helsetjeneste. Jeg ønsket kontakt med den gruppen helsearbeidere som har en hektisk arbeidsdag og kanskje også en like hektisk dag på hjemmefronten. Jeg ønsket å unngå de yngste helsearbeiderne, selv om de sikkert ville være teoretisk- faglig sterke, engasjerte og kanskje også litt idealistiske, men jeg ønsket en bredere og mer variert erfaringsbakgrunn, for å sikre at informantene hadde et godt grunnlag for å kunne forstå pasientenes hverdagsliv og deres r som håndteres der. I samsvar med Travelbee's forståelse av at evne til empati er knyttet til erfaringsbakgrunn, ønsket jeg at mine informanter skulle ha erfaring fra livet generelt, og også arbeidserfaring i tillegg til teoretisk kompetanse.

Problemstillingen avgjorde valget av forskningsmetode, og dybdeintervju fremsto som best egnet til å besvare min problemstilling gjennom å gi tilgang til tanker, følelser, reaksjoner hos den enkelte helsearbeider, såkalt "mykdata". Et intervju kan forklares

som en interaksjon mellom deltakerne hvor personlige ferdigheter og faglig forståelse av tema er avgjørende for kvaliteten på kunnskapsproduksjonen (Kvale & Brinkmann, 2009). En slik definisjon kan minne om de kvaliteter som også kreves i en annen setting, nemlig pasient- helsearbeider relasjonen, og viser at personlig og faglig kompetanse må være tilstede for at den andre åpent vil by på seg selv. Et kvalitativt intervju kan som i alle mellommenneskelige prosesser, medføre at overføringsmekanismer opptrer, og at intervjueren tillegger informanten tanker og meninger som egentlig tilhører intervjueren selv. Overføringsmekanismer kan være en risikofaktor i alle relasjoner, ved at informasjon og mening kan misforstås ved å bli tillagt en annen mening enn ment (Olsson & Sörensen, 2003).

Informasjonen fremkommet i intervjuet må være troverdig og gyldig, svarene skal ha relevans til spørsmålene, og det usagte i dialogen må vurderes i forhold til relevans til problemstillingen. Intervjuene er derfor nedskrevet av meg umiddelbart etter intervjuene, ordrett etter opptakene på diktafonen. Blikk, bevegelser og ansiktsuttrykk kan ikke gjenfortelles med ord, og jeg har derfor valgt å utelate min forståelse, eller fortolkning av den nonverbale kommunikasjonen. Min analyse og fortolkning av materialet er utgangspunktet for den enkelte lesers opplevelse, og den som er gyldig (Olsson & Sörensen, 2003). Kvale (2009) viser til det transkriberte materialet som en hybrid, eller bastard, mellom den levende samtalen ansikt til ansikt, og mellom den skriftlige teksten som presenteres for et allment, ikke tilstedeværende publikum. Den deskriptive delen omhandler fenomenet slik det fremstår, eller fortøner seg, mens det mer spesifikke i situasjonen er *opplevelsen akkurat da*. Det var en krevende prosess å delta i samtalene med den enkelte informant, med nærhet og sensitivitet til den andres budskap, uten å påvirke med egne tanker og meninger men samtidig la samtalen holde retningen, mens selve innholdet i den fikk flyte fritt (Olsson & Sörensen, 2003).

De informantene jeg fikk kontakt med var udelt positive, og avtalte umiddelbart tid og sted for intervjuene. Jeg reiste ut til de ulike tjenestestedene, medbringende diktafon utlånt fra høyskolens bibliotek, og intervjuene begynte med å invitere informanten til å fortelle litt om seg selv og sin bakgrunn før presentasjon av narrative, for så å følge opp med mer sensitive og direkte spørsmål omkring forståelsen av relasjonskompetanse. Jeg ønsket personlige betraktninger knyttet til narrative, og omkring det at mennesker i sårbare situasjoner i trenger mye hjelp, og riktig hjelp. Mot

slutten av tiden oppsummerte jeg, og etterspurte evt. flere detaljer og presiseringer. En fenomenologisk tilnærming innebærer at sosiale fenomener i hverdagslivet forstås ut fra informantenes egne perspektiver og at det er den virkeligheten de beskriver som er den gjeldende. Kvale (2009) fremhever at det er den enkeltes opplevelse av sin egen livsverden som er betydningsfull i et kvalitativt intervju. Det kan ikke etableres allmenngyldige kriterier for hva som skaper god kvalitet i et *inter-* vju, i et *inter-* subjektivt fellesskap, et mellommenneskelig felleskap, preget av respekt for informanten, det må skapes der og da, i relasjonen. Ved planlegging av et kvalitativt intervju er det viktig å klargjøre problemområdet og formålet med undersøkelsen. Gjennom spørsmålene *hvorfor* og *hva* som skal klargjøres, kan man videre spørre seg om *hvordan* dette skal oppnås. I planleggingsarbeidet er det også viktig å ha oversikt over hva som skal skje når intervjuene er avsluttet, og eventuelle etiske betraktninger må tas hensyn til både i planleggingsfasen, i gjennomføringsfasen og til sist i analysefasen. (Olsson & Sörensen, 2003). Jeg har valgt å utdype de etiske betraktningene i et eget avsnitt.

4.3 Dataanalyse og organisering av funn

Gjennom organiseringen og fortolkningen av datamaterialet ble de empiriske data holdt opp mot den teoretiske bakgrunnen for å sikre gyldigheten og troverdigheten i beskrivelsen av de frembragte fenomenene (Malterud, 2008). Valg av analyse metode forutsetter at målet bør være klart før prosessen med transkribering, sortering og organisering av funn. Analyse innebærer at materialet først deles opp i biter eller elementer, som igjen settes sammen i en endelig fortelling som presenteres leseren (Kvale, et al., 2009). Transkriberingen ble utført umiddelbart etter intervjuene for å sikre at materialet fremstår så autentisk som mulig, og gjennom tekstkondensering, eller meningsfortetning, ble både variasjoner og fellestrekk i intervjuene belyst.

Ved å benytte Malteruds (2008) firetrinns veiviser i dataanalysen ble ubehandlede tekster omformet til meningsbærende elementer gjennom en systematisk tekstkondensering. Etter først å ha dannet meg et helhetsinntrykk av materialet, ble meningsbærende enheter identifisert, organisert i grupper, kodet utfra likheter og forskjeller, og så samlet i databaser før de viktigste momentene ble utkrystallisert.. Avslutningsvis ble materialet organisert og behandlet til en leservennlig form som

besvarer problemstillingen. Ved gjennomlesning av råmaterialet var det noen temaer som utpekte seg, slik som respekt, håp, kompetanse, samarbeid og arbeidsglede, og behov for en avstand til fagfeltet og pasientkontakten for å motvirke uheldige belastninger. Ved første grovsortering kodet jeg de ulike gruppene ved å gi dem navn, og satt dem inn i vannrette rader som krysset loddrette kolonner, en for hver informant, og fikk slik en oversikt over de ulike elementene, og over hvor ofte de framsto, samtidig som stoffet ble organisert på en hensiktsmessig måte i forhold til relevans til problemstillingen.

Ved først å organisere datamaterialet i grupper, og så samle utsagnene om opplevelser og refleksjoner, ble en stor mengde rådata forenklet til et oversiktlig og håndterbart arbeidsdokument, og analyseprosessen kan beskrives som tverrgående ved at det ble hentet frem og sammenfattet informasjon fra ulike informanter, fremfor påfølgende intervjuer av samme person. Mitt faglige og personlige ståsted var viktig, elementene jeg vektla var farget av min forforståelse, men gjennom veiledning underveis i prosessen mener jeg den ble identifisert og begrenset, slik at forutinntatte holdninger og meninger ikke fikk dominere (Malterud, 2008).

4.4 Etiske betraktninger

Etiske betraktninger kan forklares som en systematisk refleksjon over holdninger og handlinger, (Aadland, 1998). I denne studien har jeg etter beste evne etterlevd de forskningsetiske retningslinjene ved å intervju ansatte i psykisk helsetjeneste, med full samtykkekompetanse, og som ble informert om oppgavens hensikt i forkant av intervjuene. Alle notater og lydopptak er slettet umiddelbart etter at oppgaven er fullført, og det er den enkelte informants erfaringer, tanker og refleksjoner som er gjengitt så troverdig og autentisk som mulig. Alle informantene er sikret full anonymitet, og de har til enhver tid hatt anledning til å trekke seg fra intervjusituasjonen. Jeg har vektlagt åpenhet omkring mine motiver, og også forsikret informantene om at negative forhold knyttet til de enkelte arbeidsplassene ikke skal formidles i en slik form at materialet kan være gjenkjennbart.

Enhver helsefagarbeider med sin spesifikke yrkeskompetanse, utdanning og erfaring, binder disse sammen ved evne til etisk refleksjon over egne handlingsvalg, og som

skaper grunnlaget for både handlings- og relasjonskompetanse (Røkenes & Hanssen, 2006). Flerfaglig og tverrfaglige tilnærningsformer i psykisk helsearbeid er ønsket for å skape bredde og variasjon i tjenestetilbudet, men samtidig med felles mål om å ivareta pasientens interesser og rettigheter på beste måten (Sosial-og helsedirektoratet, 2005). Yrkesetiske retningslinjer sikrer et minstemål av felles faglig forståelse og handling, men ansvaret for selve utførelsen ligger hos den enkelte helsearbeider, som ved å utfordre seg selv gjennom å endre handlingsvalg, og ved å tørre å tenke nye tanker, bidrar til å fremme en god medmenneskelig yrkesutøvelse og moralforståelse (Aadland, 2004). Det stiller store krav til den enkelte yrkesutøver å imøtekomme forventningene, men også ledelsen har ansvar for å legge til rette. Faglig veiledning som utgangspunkt for refleksjon og etiske diskurser, stiller krav til arbeidsgiver om å tilrettelegge for dette, men i realiteten kan det virke som etiske problemstillinger ikke blir løftet frem tilsvarende som de faglige (Sosial-og helsedirektoratet, 2005). Alle personene jeg intervjuet oppfylte kravene om formell utdanning, men det kom også frem at forventningene om at alle helsearbeidere i psykisk helsetjeneste skal ha videreutdanning i psykisk helsearbeid ikke er oppfylt. Jeg har ikke vektlagt tjenestens organisering, eller mangler ved denne, nettopp for å opprettholde fokuset på den enkelte helsearbeiders synspunkter, og for å unngå å fremstå som kritiserende. Det var viktig for meg å inngi tillit, slik at den enkelte skulle være trygg og på at deres informasjon ikke ville bli presentert som en kritikk rettet mot arbeidsplassen, men mer som et resultat av refleksjon og undring i opplevelsesfellesskapet som oppsto i intervjusituasjonen (Gjerde, 2003). Overordnede retningslinjer viser vei, men tolkning og forståelse av dem gir ulike utslag, og min oppfatning er nødvendigvis ikke korrekt, og av samme årsak har jeg ikke definert organisering av tjenestene utfra utsagn og meninger, som feil eller riktig. Mitt formål med intervjuene var å etterspørre den enkeltes refleksjoner omkring muligheter og handlingsvalg for seg selv og for samarbeidspartnere. Observasjon og fortolkning av hendelser avhenger av egen forforståelse, og det er derfor viktig å erkjenne den, slik at den ikke i for stor grad farger observasjonene eller det ferdige tekstmateriale (Aadland, 2004).

Det materialet informantene har latt meg få ta del i, i form av personlige formidlinger, har jeg ønsket å behandle så etisk ansvarlig og faglig korrekt som mulig. Malterud (2008) fremhever forhold som kan oppleves belastende under eller etter en kvalitativ studie, slik som misbruk eller fordreining av materialet, eller mulighet for å bli

gjenkjent, og jeg har derfor forsikret informantene om at formidlinger av negativ karakter om arbeidsgiver eller samarbeidspartnere ikke skal fremkomme i en form som setter dem eller andre i et uriktig eller dårlig lys. Intervjuets spesifikke form og tema, sammen med håndverksmessige dyktighet og sensitivitet i forhold til den aktuelle relasjonen avgjør kvaliteten på det, både med et vitenskapelig og et faglig-etisk blikk. Helsearbeiderne ble invitert til å by på seg selv ved å sikres konfidensialitet, og visshet om at mine intensjoner var kritisk å belyse gjeldende praksis, men ikke å dømme eller fordømme den.

I samråd med min studieveileder er det ikke søkt NSD, norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, for å sikre personvernet, eller REK, regional etisk komite, som skal ivareta vernet av sårbare eller utsatte grupper, om godkjenning. Helsinkideklarasjonen, utarbeidet av Verdens legeforening (1964-2008), kan anses som grunnloven for all medisinsk forskning, og kan sammenfattes som grunnleggende retningslinjer for all forskning, med vekt på beskyttelse av sårbare grupper, herunder mennesker med psykiske lidelser, og retningslinjer for forskning i kombinasjon med medisinsk behandling (Helsinkideklarasjonen, 2008). Av disse punktene er det beskyttelsen av sårbare pasientgrupper som har vært mest viktig for meg, og av samme årsak har jeg unngått å intervju, eller å utdype spesielle forhold knyttet til mennesker med psykiske lidelser. Studien dreier seg implisitt ikke om pasienter eller andre sårbare grupper, tvert i mot er det helsearbeidernes erfaringer og synspunkter på egen rolle i psykisk helsearbeid som etterspørres. Så langt som mulig har jeg søkt å etterleve de forskningsetiske prinsippene, forskningen skal ha som hensikt å fremme det gode, uten å forårsake skade eller smerte. Jeg har jeg forsøkt å være kritisk undersøkende fremfor kritisk fordømmende, og informantene ble oppmuntret til å fortelle om personlige refleksjoner og erfaringer uten kritiske innspill fra meg, med hensikt å samtidig bidra til en positiv opplevelse for informanten. Ved å formidle at «denne timen er ikke min, den er din», håper jeg å ha bidratt til egenrefleksjon omkring det å være en profesjonell yrkesutøver, og som i tillegg medbringer sin personlighet og menneskelighet inn i yrkeskompetansen. Gjennom å stille meg selv kontrollspørsmål om min hensikt, og om nytteverdien og mulighet for misbruk av fremkommet informasjon, mener jeg å beskytte både meg selv og mine informanter mot at denne studien kan framtre som negativ eller uriktig (Dalland, 2000).

Utrolig nok bragte ikke informantene inn «etiske dilemmaer» som noe stort tema, det kan ha avdekket en svakhet ved min intervjuform, men også en svakhet i praksis, eller så var muligens etiske betraktninger integrert i deres forståelse av «faglig kompetanse». Vurdering av intervjukvaliteten avhenger også av intervjuets spesifikke form, tema og formål (Kvale, et al., 2009). Jeg tenker det kunne vært naturlig med oppfølgingsintervjuer med tema som veiledning og etiske refleksjoner, men som følge av oppgavens rammer, velger jeg kun å belyse tema, for slik å påpeke en mulig svakhet ved studien.

5. Presentasjon av funnene

Mine forskningsspørsmål manifesteret seg gjennom oppbyggingen av den teoretiske rammen for oppgaven, og ble sammenfattet til fire delvis overlappende hovedområder som jeg ønsket å få mer viten om gjennom intervjuer av helsearbeidere.

Hvilken betydning har ivaretagelse av relasjonskompetansen for helsearbeiderens arbeidsglede og for pasientens utkomme av terapien?

Betydning for arbeidsglede?

Betydning for pasientens utkomme av terapien?

Hvordan løser den enkelte dette?

Hvor ligger ansvaret?

I arbeidet med å analysere informantenes utsagn har jeg vektlagt de med relevans til problemstillingen og forskningsspørsmålene, søkt etter fellestrekk og ulikheter, og understøttet dem ved å fremheve informantenes utsagn. Før oppsummering og konklusjon har jeg valgt å utdype noen hovedområder, slik som «uoverkommelig og belastende arbeidshverdag» i motsetning til «arbeidsglede», «nærhet og avstand til pasienten», mens den enkeltes ansvar og ledelsens rolle blir gitt rom avslutningsvis. Gjengivelse av informantene er delvis sitater, men hovedsakelig et resultat av min fortolkning av hva som var meningsbærende enheter, med påfølgende tekstkondensering av utsagnene, før de til sist presenteres i en sammenfattet form.

Utdanning og kompetanse, ble ut fra hva de selv fortalte begrunnet med bevisst yrkesvalg, som følge av spennende fagfelt, interesse for spesielle pasientgrupper, slik som unge mødre, vanskeligstilte familier, ofte i tilknytning til rusproblematikk. Utdanningsnivået var gjennomgående høyt, alle informantene hadde en eller flere videreutdanninger, og en rekke relevante kurs. I en kommune ble det vist til et ambulerende team bestående av ansatte med mindre formell utdanning, men store oppgaver i forhold til svært syke hjemmeboende pasienter, men dette blir ikke utdypet.

en av informantene viste til familiemedlem med psykiske problemer som begrunnelse for interesse for psykisk helsearbeid, og på generelt grunnlag, interesse for et

spennende fagfelt etter å ha arbeidet i mer teknisk orientert yrke tidligere. Fagområdet psykisk helsearbeid er i stadig endring, og følgende kompetansegivende kurs utmerket seg som dagsaktuelle;

Kognitiv terapi, spesielt i behandling av depresjon.

Kurs i mentalisering, se relasjonen i et større perspektiv for å avdekke mønstre hvordan de ulike bidragene farger og påvirker aktørenes forståelsesrammer.

Kurs i mindfulness, evne til å være oppmerksomt tilstede i eget liv, og samtidig dele denne kunnskapen med pasienten.

Ivaretagelse av egen relasjonskompetanse, utløste undring og ettertanke hos informantene og det ble trukket paralleller til egen utdanning og praksis, og til andre begreper, slik som alliansebygging, containing av pasientens sykdomsbelastninger, konsekvens av overføringsmekanismer og sammenheng med mangelfull bemanning i tjenesten.

Jo sykere pasienten er, jo viktigere er det å inneha nødvendig formell kompetanse, bruke nok tid på å bygge opp en god relasjon, og samtidig kunne trekke veksler på livskunnskap og erfaring, som av flere ble fremhevet som spesielt verdifullt.

Ingen av informantene mente det var uviktig med formell kompetanse, men presiserte at god relasjonskompetanse avhang minst like mye av personlige egenskaper og erfaring som av teoretisk kunnskap.

Overføring og motoverførings- mekanismer var velkjente begrep for alle.

Ubevisste prosesser, umulig å unngå, påvirker ordvalg, holdninger og bidrag i relasjonen, for både pasient og helsearbeider, avhengig av hvor mye og hvilken bagasje man bringer med seg inn i relasjonen. Alle informantene påpekte at også helsearbeidere har med seg sin bagasje, og at de også er en del av overføringsproblematikken. Pasientene bærer ofte med seg svært mye bagasje, det er derfor viktig at helsearbeideren kjenner seg selv, med egne begrensninger og reaksjonsformer. En informant viste til at mange mennesker bærer med seg en opplevelse av skyld eller skam, ofte som et resultat av tidligere krenkelser, og at det

kunne være en del av problematikken i ulike tilknytningsprosesser med andre mennesker.

Veiledning og refleksjon ble ansett som viktig for å kunne utholde utfordringene en måtte forholde seg til ved at arbeidsdagen besto av andre menneskers opplevelse av lidelse, og ved at man kun hadde seg selv å bruke i relasjonen. Faglig veiledning og diskusjon omkring vanskelige pasient case ble ofte benyttet, men muligheten til individuell veiledning og tilrettelegging for refleksjon i grupper eller alene, var begrenset.

Pasientenes tilbakemeldinger og refleksjoner over helsearbeiderens innspill, på godt og vondt, gir grunnlag for egevaluering og egenrefleksjon, og alle var opptatt av tilbakemeldingene fra pasientene, gode og dårlige, men det virket ikke som noen systematisk praksis å etterspørre det, unntatt i et tilfelle.

Videreutdanninger, kurs og ulike rollespill bidrar til å vedlikeholde, utvikle og fornye den faglige kompetansen, og faglig veiledning er obligatorisk og lett tilgjengelig, men mer personlig debriefing og personlig veiledning med mulighet for refleksjon og kollegastøtte er avhengig av hvem som er på jobb, og som frivillig påtar seg rollen, noe som også kan oppleves belastende for den som sjelden sier nei.

Kurs og faglig oppdatering fungerer som innfallsport til veiledning og personlig påfyll, men det er lite fokus på dette tema på arbeidsplassen, det dreier seg mest om fagligheten.

Egenrefleksjon gjennom aktivt søk etter kunnskap, og oppøving i å innta et utvidet perspektiv for slik å kunne se sin egen rolle i relasjonen, for å kunne opprettholde balanse mellom nærhet og avstand til pasienten, var et bevisst og personlig valg hos kun en av informantene.

Aktivt søk etter kunnskap, forståelse for innholdet i faglige begreper, med valg av ord og uttryksformer var av stor betydning for en informant, men vedkommende opplevde at både mangel på kunnskap og motivasjon fungerte som et hinder for faglig og personlig vekst.

Når det kom til egenrefleksjon var det to av informantene som var svært bevisste på behovet, den ene fortalte om ulike metoder og teknikker ervervet gjennom egeninteresse, den andre påpekte behovet rundt omkring i de ulike tjenestene, og om motstand hos den enkelte til å gå inn i seg selv i stedet for å vurdere pasientene. Resten av informantene tilkjennega ikke spesielt fokus på refleksjon, det kunne synes som begrepet ble sidestilt med veiledning, og at personlig vekst og utvikling ikke var spesielt fremhevet innad i de forskjellige tjenestene, tvert imot kunne det synes som at ledelsen ikke vektla det.

Etiske betrakninger fikk som nevnt tidligere, ikke noen stor plass i intervjuene, men en av informantene bragte inn et interessant perspektiv ved å løfte fram det uetiske i å la en pasient som opplevdes belastende for helsearbeideren, få fortsette behandlingsopplegget der, til tross for den motvilje og aversjon, -forsvar, helsearbeideren ubevisst eller bevisst projiserte over på pasienten.

En informant beskrev en "opplevelse av at pasienten tar kveletak på en", som eksempel på grunnlag for endinger i pasient- terapeut forholdet, både for å beskytte pasienten mot helsearbeiderens motstand, men også for å beskytte helsearbeideren mot å bli overbelastet gjennom pasientens forventninger, -som helsearbeideren ikke kunne innfri.

Reduksjon i tilbudet til unge mødre som følge av redusert bemanning, utløste faglig-etiske problemstillinger om hvem som skulle prioriteres. Informanten uttrykte at flere av helsearbeiderne i tjenesten opplevde det som belastende og utilfredsstillende å måtte prioritere ned de minst trengende, ofte de som trengte hjelp der og da, og som med litt bistand kunne ta kontroll over eget liv igjen.

Arbeidsglede og arbeidsbelastning fremsto som velkjente begreper, men kanskje ikke helt enkle å beskrive med ord.

Innimellom ser vi jo at vi lykkes, viktig å ta vare på de opplevelsene, bringe de med seg videre som gode erfaringer.

Behov for å lykkes hver gang vil medføre mange skuffelser, valg av yrke innenfor psykisk helsetjeneste medfører i seg selv skuffelser og utfordringer.

Man må sørge for at man er rustet til å tåle de negative opplevelsene, for slik innimellom kunne gripe tak i de positive som gir opplevelse av arbeidsglede.

Spesielt krevende å arbeide med deprimerte mødre, selv om de sykeste henvises videre til mer spesialiserte tjenester.

Helsearbeiderens bidrag i relasjonen tilpasses slik at tilbakemeldingene fra pasientene gir høy skår på om de er møtt på en god måte, og spesielt i forhold til om de opplever å bli møtt med respekt.

Sykefravær og overbelastede helsearbeidere var et kjent fenomen for alle helsearbeiderne. 2 av informantene uttrykte konkret hva de selv gjorde for å beskytte seg mot overbelastninger, og samtidig styrket sin personlige kompetanse slik at trusler mot egen integritet, men også mot relasjonen som felles arbeidsarena for pasienten og helsearbeideren kunne beskyttes og ivaretas for å tjene sin hensikt. De vektla kontinuerlig påfyll av teoretisk kunnskap, men samtidig også ønske om å kunne omsette kunnskapen til praksis, og samtidig kvitte seg med gammel og utdatert praksis og forståelsesrammer.

Betydningen av håp fremheves av alle informantene, og det samme med forståelsen av håpets betydning for den enkelte, som en kraft knyttet til overlevelse.

Helsearbeideren kan i perioder være bærer av håpet, og må noen ganger også minimalisere og normalisere pasientens opplevelse av muligheter i sin livsverdenen, for å kunne identifisere og fremheve andre områder som bærer i seg muligheter for fremtiden.

Helsearbeideren er i seg selv et håp. Håp er alltid i relasjon med et eller annet, og når alt annet rakner for pasienten er det helsearbeideren som gjennom sin deltakelse i relasjonen bærer med seg håpet.

Intersubjektivitet, opplevelsefellesskap og livsverdensfellesskap, jfr. J. Travelbee, utløste undring hos enkelte informanter, og begrepene opplevdes kanskje som litt diffuse, og litt problematiske å konkretisere i intervjusettingen med begrensede tidsrammer, men jeg gjengir noen sitater her som viser at det absolutt er et sentralt tema.

Jeg liker meg i det mellommenneskelige rommet, vil ikke være noen andre steder. En tidligere kollega av meg har en mer formell adferd, og som tydelig signaliserer avstand til pasientene, har fått negativ respons på dette fra pasientene, men allikevel ikke endret ikke på egen adferd.

Jeg er ikke redd for nærhet, hverken følelsesmessig eller fysisk, men det er jo viktig å balansere eget bidrag slik at man ikke overtar pasientens opplevelser.

Viktigheten av å møte pasientene på deres hjemmebane, hvor både kommunikasjon og relasjon blir annerledes, og favner større område, med ressurser og ikke bare problemer, ble fremhevet av flere informanter som en viktig kilde til forståelse av helheten i pasientens livsverden, og som forutsetning for pasientens muligheter til å mestre eget liv.

En informant tillot pasienter å skrive personlige e poster når tiden ikke strakk til, og fortalte også om personlig inspirasjon og utvikling i samvær med pasientene fremfor diskusjoner med kollegene på vaktrommet. En annen informant brukte av sin fritid til å følge en pasient til lege, og begrunnet det med begrensende rammer i arbeidstiden.

Det å skulle pasientene på deres private arenaer, som en del av den terapeutiske tilnærmingen, utløste motstridende kommentarer fra de ulike informantene, fra viktig og riktig, til meningsløs og uhensiktsmessig.

Intimitetstyrrani kom opp i 2 av intervjuene, spesielt i forbindelse med J.Travelbee, og hennes syn på en helsearbeider – pasient relasjon, med vekt på opplevelsesfellesskap og forståelse av pasientens livsverden. Begge informantene presiserte at det var pasientens problemområde som skulle belyses, og at det var der hjelpen skulle settes inn, andre forhold mente de burde holdes utenfor terapirommet, det var ikke realistisk eller riktig å trå så nær inn i pasientens private anliggender. Den ene informanten hadde nettopp fortalt om bruk av egen fritid for å bistå pasienten ved en annen behandlingsavtale, for å sikre det totale tjenestetilbudet, og at det valget ble begrunnet med kjennskap til pasientens problemområder og vanskeligheter med å fremme egen sak. Tema kunne dannet grunnlag for fordypning og etisk refleksjon over begrepsforståelse og handlingsalternativer, men rammene for intervjuene begrenset det.

Tjenestens organisering, og verdiforankring, viste seg å være ulikt organisert ulikt fra kommune til kommune. Helsearbeiderne med den største kompetansen hadde de beste arbeidsbetingelsene, med mulighet til å påvirke egen arbeidsdag med pasientkontakt og valg av gjøremål, mens de dårligste pasientene ble henvist til andre etater, eller tilgodesett med helsearbeidere- miljøarbeidere med mindre kompetanse fra hjemmetjenesten.

Riktig kompetanse, informantene tilkjennega ikke spesiell interesse for helsearbeidere med annen kompetanse enn dem selv. Problemstillingen blir ikke utdypet videre, men vekker allikevel noen refleksjoner omkring den direkte pasientkontakten; er det er slik at pasientene blir fordelt i et a eller b lag, og resulterer hjelpenes søk etter økt kompetanse indirekte en større avstand til de pasientgruppene med størst hjelpebehov?

Respekt for pasienten som menneske, og holdninger som understøttet likeverdsprinsippet ble fremhevet av alle informantene, det samme med at pasienten ble vist tillitt ved å få mulighet til selv å vurdere eget behov for videre behandling, og til å påvirke eget behandlingstilbud, og det ble presisert at denne tillitten ikke blir misbrukt.

Ledelsens ståsted, var avgjørende for den enkeltes mulighet til utvikling, både personlig og faglig, med mulighet for støtte og tilrettelegging for dette. En informant viste til tverrfaglig sammensatt personalgruppe og ledelse som en utfordring, endatil som et problem ved at både ansatte og ledelsen kom til kort i faglige problemstillinger, og valgte å skjule dette ved å fremheve og hevde seg på alternative områder, fremfor å avklare og oppklare hvor man hadde sine sterkeste områder, og så fordele arbeidsoppgavene utfra prinsippet om «rett mann på rett sted». Det kom også fram at pasienter ofte ble tildelt en behandler som ikke matchet pasientens problemstillinger, eller personlighet, og at dette ble opplevd som en krenkelse både for pasient og for helsearbeideren.

Rettigheter, makt og rollefordeling var begreper alle informantene var kjent med, men forståelsen av innholdet i dem viste seg å sprike litt.

Pasienten ønskes velkommen tilbake etter avbrudd i tilbudet, uansett om årsaken er misnøye med opplegget, det må helsearbeiderne tåle, og samtidig se på det som et

sunnhetstegn at det gis rom for å bli evaluert, det etterspørres tilbakemeldinger, tjenesten har også spesielle skjema til dette formålet, men de blir lite benyttet selv om tema ofte er på dagordenen.

Realitetsorientering av pasienten ble ansett som gunstig av en av helsearbeiderne, for å tydeliggjøre hverandres integritet, selv om konsekvensen ble at pasienten avsluttet terapien.

Lite fokus på pasientens rett til selv å delta i utformingen av eget behandlingsopplegg, møter og diskusjoner foregår ofte uten pasienten til stede, og uten at pasienten har ønsket det skal skje.

Utskriving, innleggelse osv diskuteres ofte av lege, psykolog og primærkontakter, og pasientens stemme er ofte avhengig av støtte eller forsterkning, for å nå fram i systemet.

Samhandling og tverrfaglighet var et tema alle informantene var engasjert i, og de kunne alle vise til uheldige samhandlingssituasjoner der de andre aktørene ikke hadde fulgt opp, og hvor kommunens psykisk helsetjeneste var pasientenes instans for å få hjelp og støtte til å håndtere byråkrati, og /eller kontakt med arrogante eller avvisende behandlere og saksbehandlere. Ingen av informantene opplevde seg selv som lite samarbeidsorienterte, tvert i mot reagerte de med å bli opprørte og gjenkjennende til behandlingsforløpet i de to narrative, og den tragiske avslutningen på det ene, og de poengterte at de ikke ville håndtert situasjonene slik de fremsto i min presentasjon.

Intensjonene med samhandlingsreformen er å kvalitetssikre pasientens tilbud uavhengig av behov og ressurser hos tjenesteyter, men det kan synes som det er mange brister i måloppnåelsen, ofte knyttet til manglende kompetanse, men også til myndighet til å kunne foreta beslutninger.

Utfordringer knyttet til haltende samarbeid i behandlingsskjeden, og at helsearbeiderne i psykisk helsetjeneste ofte måtte bistå pasienten i kontakt med spesialisthelsetjenesten, NAV, lege, og barnevern ble fremhevet.

Helsearbeideren i spesialisthelsetjenesten opplevde samme frustrasjon rettet mot egen tjeneste, men også mot samarbeidet med kommunen, og manglende kompetanse i de ulike behandlingsleddene slik at behandlingskjeden ble lite sammenhengende.

Samarbeid på tvers av ulike yrkesgrupper og ulike etater kunne til tider oppleves utfordrende, og også direkte vanskelig. Ulike etater er underlagt ulikt regelverk, men det problemområdet som fremsto mest tydelig, var mangel på kommunikasjon og samhandling i oppfølgingsarbeidet av pasientene, og åpen og fri dialog omkring valg mellom mulige behandlingstilbud, og evalueringsprosessene.

Barrierer bestående av personlige og faglige overbevisninger, bidrar til begrensninger i kommunikasjon og samhandling i, og mellom faggruppene, og til sist i det helhetlige tjenestetilbudet til pasienten. Alle informantene kom inn på dette tema, og den største begrensningsfaktoren synes å være en vak forståelse av hva psykisk helsearbeid innebærer, og av sinnets virkemåte, og følgene av opplevd krenkelser, uavhengig av psykisk lidelse eller ikke.

Jeg har fremhevet de kommentarene og synspunktene som framsto med relevans til problemstillingen og forskningsspørsmålene, gjennom siterte utsagn, og gjennom utsagn sammenfattet av meg. De transkriberte intervjuene rommer et hav av informasjon, og jeg må begrense hvilke som skal få oppmerksomhet, men jeg mener å ha valgt ut de aktuelle i samsvar med forskningsspørsmålene, og faglig -etiske prinsipper.

5.1 Fra uoverkommelig til overkommelig

Alle, unntatt en av informantene uttrykte tilfredshet over å arbeide innen psykisk helsetjeneste, en oppga familiemedlem med symptomer på psykisk lidelse som begrunnelse for yrkesvalg, en annen viste til spesiell interesse for unge mødre og en vektla familierapi. Ingen oppga egne behov som begrunnelse, men de uttrykte glede over å få arbeide i et utfordrende, spennende og variert fagfelt. En informant fortalte imidlertid at diverse videreutdanninger fungerte både som påfyll, men og som pause fra fagfeltet. Samtidig som informantene uttrykte at de trivdes i arbeidet, oppga de

avbrekk fra arbeidet som en forutsetning for å kunne utholde den lidelsen de måtte forholde seg til i pasientkontakten. Kurs og videreutdanninger rettet mot å øke den faglige kompetansen, fungerte også som pauser fra pasientkontakten. Min erfaring, samt det jeg også forstår ut av informantenes utsagn, er at videreutdanninger og kurs tjener to hensikter, avveksling og inspirasjon for helsearbeideren, og samtidig å bidra til utvidet faglig forståelse og påfyll i den faglige verktøykassen. En av informantene fremhevet at man innimellom påfyllingen også måtte legge vekk gammelt verktøy, for å gi plass til nytt, det gikk ikke an bare å fylle på med nytenkning uten samtidig å reflektere over tidligere praksis. Det virker paradoksalt at helsearbeiderne på den ene siden uttrykker tilfredshet med yrkesvalget, mens de på den andre siden poengterer behovet for avstand til pasientene. Kurs og videreutdanning innebærer en kjærkommen pause fra hverdagen samtidig som de er kompetansegivende, men man må undres om de arrangeres ut fra pasientenes behov for mer kompetente helsearbeidere, eller er det også er helsearbeidernes behov som skaper etterspørselen? Selv om informantene fortalte om krevende arbeidsdager, fortalte de også om liten turnover i tjenestene der de arbeidet, og ingen av dem uttrykte ønske om annet arbeid fremfor psykisk helsetjeneste. Refleksjoner omkring kompetanseheving, med motivasjon og resultatoppnåelse utdypes ikke, utover at alle informantene vektla det som grunnlag for personlig vekst gjennom større forståelse, og samtidig som personlig «egenomsorg» i form av pauser fra hverdagen. Behovet for pauser blir understøttet av Scouenborg, med artikkelen «Sumgumminerver», som viser til at 6 timers arbeidsdager er mer enn nok for helsearbeideren som skal håndtere andre mennesker og deres lidelse på en kvalitativ god måte, og som kun har seg selv og sin evne til mestring som «verktøy». Det finnes mye tilgjengelig litteratur omkring teknikker og mestringsstrategier i forhold til å mestre en travel hverdag, men det blir for omfattende å følge opp, selv om det er et relevant tema.

5.2 Avstand eller nærhet, eller litt begge deler?

Her har jeg valgt å oppsummere essensen i intervjuene, spesielt det som dreier seg om den problematiske og krevende nærheten, men også om den like problematiske og krevende avstanden i en helsearbeider – pasient relasjon.

Jeg har støttet meg til sykepleieteoretiker Joyce Travelbee, og alle informantene var godt kjent med hennes teorier, men ikke udelt enige om den tette relasjonen hun fremhever som nødvendig i psykisk helsearbeid. To av informantene brakte endatil opp begrepet «intimitetstyranni» knyttet til Travelbee's teorier om intersubjektivitet og opplevelseshelleskap som forutsetning for en god relasjon mellom helsearbeider og pasient. De mente at det ikke var mulig å skape slike arbeidsrom i relasjonen, pasientens sykdomsbilde og ønske eller mulighet for endring, skapte en naturlig avstand man måtte forholde seg til, og som ikke behøvde å skape begrensninger i relasjonen. En av dem trakk fram Dorotea Orems sykepleieteori som et bedre alternativ enn Travelbees, nettopp fordi den forholder seg til konkret og målbar svikt i evnen til egenomsorg, og at det er på de områdene helsearbeideren skal bistå. Liv Strand (1990) problematiserer Orems modell, spesielt i psykisk helsearbeid der hele mennesket må ivaretas i større grad enn ved en avgrenset somatisk lidelse. Hun viser til at omsorgsevne og egenomsorgsevne er en konsekvens av egen eksistens og det særegne menneskelige, og med evne til desentrering i forhold til egen person. Psykisk lidelse kan ofte vise seg som det motsatte, manglende interesse for både egenomsorg og omsorg for andre. Orems omsorgsmodell vurderes dermed som lite egnet til å vurdere psykisk funksjonsnivå, men den kan utmerket godt brukes som en generell kartleggingsmodell, og for å identifisere og konkretisere problemområder (Strand, 1990).

Det får meg til å trekke paralleller til psykiateren som etter mange år følte seg «oppspist» av pasientenes lidelser, men som allikevel hadde forholdt seg til faglige retningslinjer i pasientkontakten, og som mente at pasientene til tross for hennes subjektive opplevelse av å bli «oppspist», hadde opplevd å få hjelp (Aalen & Kvaal, 2005). Mine betraktninger omkring det å være sliten eller oppgitt, er at relasjonen ikke uten videre behøver å påvirkes negativt, vel å merke hvis den som eier opplevelsen erkjenner den, samtidig som pasienten tilbys et faglig godt tilbud. Ressursene til å skape endring finnes hos pasienten selv, som skjulte forgylte områder, eller i rommet mellom helsearbeideren og pasienten, der en endring medfører at noe annet endrer seg, og som til sist berører begge parter (Falk & Smith, 2005).

En informant oppga samværet med pasientene, og risiko for veksling mellom å bli sett på som en hjelper eller "djevel" i aktive sykdomsperioder, som en veiviser for

egenrefleksjon og utvidelse av egne forståelsesrammer. Informanten tilkjennega klare grenser i forhold til å inngå private relasjoner, men åpnet allikevel for pasientkontakt utenom arbeidstiden i form av å tilbud om å skrive en e post, som ikke nødvendigvis ville bli besvart der og da, men som ville bli løftet fram i neste terapitime.

En informant kom også inn på kunsten å kunne tilrettelegge for en likeverdig og god relasjon også etter at pasienten hadde opplevd å få hjelp. Hvis hjelpen hadde vært preget av overinvolvering og ureflektert ansvarsovertakelse, kunne pasienten oppleve seg nedvurdert og krenket, og det ville vært vanskelig for både helsearbeider og pasient å opptre som likeverdige etter endt behandling, og det var derfor av største viktighet aldri å frarøve pasienten ansvaret for eget liv, men tvert imot forholde seg til at pasient og helsearbeider samarbeidet mot felles mål, og samtidig begrense at relasjonen ble for tett. Jeg bringer inn et lite sitat som sier det med få ord,

«Når du tar ansvaret for, tar du ansvaret fra, god hjelp er hjelp til selvhjelp, alt annet er overgrep, og det er bedre å lære den sultne å fiske enn å fore han med all verdens fisk « (Falck & Smith, 2005, s.20).

Schibbye (1996) beskriver overinvolvering som et relasjonelt overgrep, og at det blir vanskelig å opprettholde en likeverdig relasjon, både under og etter terapi hvis ikke helsearbeideren samtidig har evne til selvavgrensing og selvrefleksivitet, (Andersen & Karlsson, 1998).

Etter at mikrofonen var avslått uttrykte informanten glede over å nærme seg 62 år og dermed få en mulighet til å trekke seg tilbake hvis arbeidsbelastningen skulle bli for stor. Avslutningsvis fortalte informanten om en pasient som ikke ble tatt på alvor av fastlegen, og at informanten brukte av sin fritid for å følge pasienten dit, for å sikre pasienten et helhetlig tjenestetilbud. Min fortolkning av denne hendelsen er at informanten gjennom forståelse av pasientens livsverden tilpasset sitt bidrag til pasientens behov, selv om det gikk på bekostning av egen fritid, og også litt på tvers av tidligere utsagn om ikke å være overinvolvert.

Informanten som viste til ønske om nærhet til pasientene fremfor avstand, og ønske om samvær med pasientene fremfor diskusjoner på vaktrommet, fortalte om aktiv og bevisst bruk av egenrefleksjon for å kunne forstå og håndtere vanskelige

mellommenneskelige prosesser i pasientkontakten. Personalets faglige diskusjoner på vaktrommet, fremkommer mer som ubevisste eller bevisste strategier for å dekke egne behov for avstand til det vanskelige, enn som pasientrelatert aktivitet. Overføring og motoverføringsmekanismer spiller en stor rolle i alle sammenhenger, og grensene mellom egen livsverden og pasientens er flytende, selv om mye er forskjellig, er også mye likt. Både pasient og helsearbeider kan gjennom den andre søke bekreftelse på egne uløste problemer. Ved ukritisk å innta hjelperrollen er faren for å bruke opp seg selv stor, og pasienten kan på samme måte oppleve hjelpen som et pålegg, og reagere med motstand og motvilje mot helsearbeideren, noe som kan oppleves krenkende og negativt for helsearbeideren, og faren for å gå i forsvar er stor, og dermed å oppleve negativt arbeidsstress (Falk & Smith, 2005).

En informant fremhevet rollespill i forbindelse med videreutdanning som en positiv opplevelse, ikke bare for å implementere ny kunnskap, men også for å sikre pasientens verdighet og rett til adekvat behandling. Mentalisering er nevnt som en mulighet til virkelig å finspisse egen relasjonskompetanse, og jeg ser likhetstrekk med både veiledning og rollespill idet at man skal trå litt utenfor gitte forståelsesrammer. Rollespill er og blir rollespill, men det er overføringsverdien som gjelder, fokuset i en krevende relasjon kan dreies over mot pasientens opplevelse, fremfor hos en selv og egen opplevelse av situasjonen (Tveiten, 2008). Informanten uttrykte også at det ikke var noen grunn til å holde stor avstand i relasjonen, tvert imot, innlevelse og nærhet var en brobygger, eller åpning mot å få oppriktige tilbakemeldinger fra pasienten, gode og dårlige, men de gode varmet litt ekstra, og ble ekstra verdsatt. I enkelte tilfeller hadde de blitt etterspurt, nettopp for selv å få en god opplevelse, gjennom pasientens gode opplevelser. Tidligere fokus på allianseetablering ble sammenlignet med nåtidens fokus på relasjonskompetanse, med vekt på faglig forståelse av kommunikasjon og samhandling, respekt og likeverd, og informanten understreket at disse prinsippene var ukrenkelige, og også tidløse ved at klassiske tema fremstår i ny innpakning.

En informant fremhevet direkte tilbakemeldinger fra pasienten som noe av det mest grunnleggende i pasientkontakten, og målte eget bidrag i relasjonen opp mot hvorvidt pasienten opplevde seg respektert. Ved gjennomgang av narrativene reagerte informanten sterkt og sa det aldri kunne skjedd i deres tjeneste at en familie ble oppløst som følge av fragmentert og usammenhengende hjelpetiltak. Informanten tilkjennega

allikevel at det innimellom var tungt å samarbeide med andre instansene i kommunen tette skott dem imellom, og organiseringen av tjenestene begrenset fleksibiliteten. Spesielt når andre faggrupper overtok hovedansvaret for pasienten eller familien, ble det sjelden gitt tilbakemeldinger eller støtte til den kommunale tjenesten, og tiltak og bistand ble av samme årsak sjelden gjenstand for evaluering, og kunne dermed vanskelig vurderes som hensiktsmessig eller ikke. Dette gjaldt spesielt barnevern og spesialisthelsetjenesten, men informantene viste forståelse for dette ved at det er andre lovverk som gjelder, og andre arbeidsbetingelser, men ønsket allikevel mer samarbeid og mer tilbakemeldinger.

Aalen (2005) viser til «omdreiningspunktet» hvor utfordringer og erkjennelser møtes og skaper grunnlag for refleksjoner og fremvekst av nye tanker som kan gjøre en forskjell i eget liv. Informanten som oppsøker pasientene fremfor å unngå dem, har ikke arbeidet i psykisk helsetjeneste hele sitt voksne liv, tvert imot innenfor tekniske fag, men valgte i voksen alder å endre kurs, og tilkjenne også viktigheten av egenrefleksjon og kritisk tenkning omkring egne reaksjoner i relasjonen. Det er kanskje en tilfeldighet, men jeg tenker at den allsidige erfaringen fra samfunnet utenfor helsevesenet, er en styrke i forhold til å møte pasientene der de befinner seg i sin livsverden, med en fot i helsevesenets strømlinjeformede sannheter, og den andre foten ute i en uforutsigbar og til dels brutal verden.

Informanten som foretrakk Orem fremfor Travelbee har nå delvis permisjon fra jobb for å fullføre en videreutdanning, og oppgir grunnen som behov for personlig og faglig påfyll, og behov for en pause fra det direkte pasientrettet arbeidet. Informanten vektla faglig kompetanse som avgjørende for å kunne ivareta pasientens interesser, og mulighet for kollegastøtte, og hensiktsmessig veiledning for å kunne ivareta egen arbeidsglede med trivsel og trygghet i en krevende hverdag på jobb. Informanten påpekte at også veiledning kunne være så mangt, den kunne være konstruktiv og faglig orientert, eller motsatt, nærmest som «kos med misnøye», når personalet skulle gå inn i egenopplevde problematiske situasjoner. Verdien av veiledning og refleksjon er belyst tidligere i oppgaven, kvaliteten og innholdet er avgjørende for at det skal gi næring til personlig vekst.

Informanten vektla pasientens rett til adekvat behandling, og viktigheten av å få støtte, og av å bli møtt med respekt, men bragte også inn meninger om intersubjektivitet og

opplevelsesfellesskap som forutsetning for god terapi. Informanten viste til en egenopplevd situasjon som bekreftelse på urimelige krav om nærhet i relasjoner, vedkommende slet med å bygge en god relasjon til en pasient, men ble avvist med at pasienten nektet å forholde seg til en helsearbeider som ikke kunne forholde seg til pasientens 16 dimensjonale forståelse av virkeligheten, og avstanden måtte respekteres før pasienten responderte på tilnærminger i relasjonen.

Den andre informanten som hevdet at forventninger om intersubjektivitet og opplevelsesfellesskap tidvis er urealistiske, begrunnet tydelig grensesetting for krevende pasienter med at det kunne begrense dobbeltkommunikasjon og "liksom" forståelse som kunne forsterke tidligere opplevelser av svik og manglende tilhørighet for pasienten, og dermed ikke behøvde fremstå som negativt. Ved at helsearbeideren fremstår med tydelige grenser, selv om grensene kan lede til at pasienten i protest avbryter terapien, mente helsearbeideren at møtet med helsearbeideren som et autentisk menneske allikevel vil bidra til at pasienten tydeligere opplever egne grenser. Utsagnet ses i lys av sammenhengen det har fremkommet i et intervju på en drøy time, og i lys av at den samme informanten brukte av sin fritid til å følge pasienten til lege, og dermed ikke hadde så klare avgrensninger som det ble gitt uttrykk for. Motsetningene i utsagnene omkring nærhet og avstand, kan muligens være en følge av personlig behov for å slippe fri fra en pasient, men ikke våge å si det i kollegagruppen, og så heller presentere det som en faglig vurdering. Vilje til å utholde også de krevende pasientene, de som kanskje tillegger helsearbeideren uriktige motiver og hensikter, og som konfronterer helsearbeideren med sine egne automatiske reaksjonsmønstre, kan skape behov for distanse, men Vullum (2011) hevder faglige iskusjoner og god kollegastøtte er avgjørende for å utholde også disse krevende relasjonene på en etisk og faglig forsvarlig måte.

Informanten bragte inn begrepet "mentaliserings" som metode for bevisstgjøring av kvaliteten på helsearbeidernes relasjonskompetanse. Ved å søke å se seg selv utenfra og inn, med øynene til pasienten, og forstå reaksjoner og utsagn i lys av dette, kan evne til empati rettet til pasienten og dens opplevelser utvides, og også bidrar til økt personlig selvinnsikt. Det er nærliggende å tenke at de samme prinsippene også gjelder innad i personalgruppen, og at en gjennom veiledning i grupper, og også terapi, kan åpne for økt selvrefleksivitet og bevisstgjøring av utfordringer i eget liv, og av egen

fag forståelse. Informanten viste også til at de fleste mennesker bærer på opplevelser knyttet til skyld og skam, og at tilnærmingen i terapien må rettes mer dit enn mot diagnoser. Det forutsetter god kunnskap om seg selv og sine byrder, og om hvordan slike opplevelser kan farge over på andre områder i livet enn der de oppsto, for å være hensiktsmessige.

Også helsearbeidere kan bære med seg vonde opplevelser, og har kanskje søkt seg til fagfeltet nettopp for å bearbeide dem, mens andre støtter seg til overmakten som ligger i rollen, og yrkesvalg bør dermed på lik linje med andre personlige opplevelser og forståelsesrammer, være en del av et refleksjonsgrunnlag. For å kunne identifisere og erkjenne personlige preferanser som påvirke den faglige forståelsen er det nødvendig med refleksjon, veiledning og kollegastøtte. Endatil kan psykoterapi være et nødvendig tiltak for å nøste opp i motsetningsfylte forståelsesrammer (Opjordsmoen, et al., 2008).

En informant som underviste en del i tillegg til direkte pasientrettet arbeid, fortalte om negative reaksjoner i personalgruppene når tema dreide mot den enkeltes ansvar for å skape gode betingelser for samhandling. Reaksjonene bar preg av ansvarsfraskrivelse og forsvar, og ordvalg knyttet til begrensninger ved å stille spørsmål knyttet til "jamen, dersom, hvis". Motstand mot å se bort fra ytre omstendigheter og heller søke inn i seg selv, vitnet om at tema kanskje ikke bare var ukjent, men også litt truende ved at fokuset dreies over mot helsearbeiderens relasjonsforståelse fremfor på pasientens problemområder.

Alle informantene uttrykte at de opplevde arbeidsglede, til tross for at de i perioder kunne være fryktelig slitne. Tjenestene informantene tilhørte var bemannet med fagfolk, og de kunne til en viss grad fordele pasienttilfanget selv, og slik legge opp sine egne arbeidsdager. Kollegastøtten fungerte godt, det samme med veiledning, men ingen av informantene uttrykte at "helsearbeiderens relasjonskompetanse" var et selvstendig tema, muligens fordi det er krevende for både veileder og den som veiledes å åpne opp sin subjektive livsverden. Det medfører risiko for å fremstå som svak og sårbar, eller motsatt, man forårsaker relasjonelle overtramp hos hverandre ved ikke å anerkjenne hverandres og egen sårbarhet. Ved å fornekte seg selv og egen sårbarhet kan resultatet bli at helsearbeideren opplever usikkerhet og utrygghet omkring egen identitet og forholdet til omgivelsene (Røkenes & Hanssen, 2006).

Utover å vise til utsagnet om at vi alle bærer på skulde opplevelser av skyld og skam som kan påvirke handlingsvalg, utdypes ikke årsaker til at helsearbeideren påtok seg skylden for tjenestens manglende ressurstilgang, men som en naturlig konsekvens av personell mangelen ble også tilgangen på kollegastøtte begrenset. Personalet ble anmodet om å bli flinkere til å begrense pasienttilfanget, for selv å overleve, men uten samtidig å få hjelp til å håndtere pasientenes vanskeligheter som følge av tøffe prioriteringer. Det ligger jo en tvetydighet i dette, hvem skal prioriteres, helsearbeiderne eller pasientene, ved å prioritere helsearbeideren gjennom å avvise enkelte pasienter, utløses skyldfølelse og opplevelse av utilstrekkelighet hos helsearbeideren, og ved å prioritere pasientene kan helsearbeideren overbelastes. Det som var ment som en hensiktsmessig mestringsstrategi for å utholde hverdagens utfordringer, opplevdes tvert imot som en ekstra kilde til belastninger. Etter omorganisering av tjenesten ble behandlingsskapiteten styrket, og det kom fram at ledelsen hadde hatt en omsorgsfull holdning til de ansatte gjennom hele prosessen, og at det hadde påvirket personalgruppen positivt, og at de samarbeidet og støttet hverandre selv om forutsetningene var marginale.

Gjennomgangstonen i informantenes beskrivelser av arbeidshverdagen, er at i perioder er det helt greit med nærhet, men at det er like nødvendig med perioder med avstand for å kunne utholde nærheten. Ønsket nærhet til pasienter ble erstattet av påtvunget avstand, og den avstanden som i andre tilfeller fungerte som beskyttelse mot negativt arbeidsstress, ble endret til tettere og mer intensiv pasient kontakt, som følge av reduserte ressurser, og ble da en kilde til økt arbeidsstress og opplevelse av å slite i motbakke.

6. Oppsummering og konklusjon

Gjennom funnene fra intervjuene med helsearbeiderne, belyst av det teoretiske bakteppet, og min forståelse og fortolkning av funnene, dannes grunnlaget for denne oppsummeringen og konklusjonen.

Av hensyn til oppgavens omfang har konkrete kjennetegn på arbeidsglede, hvordan den oppleves, og tilvarende hvordan tunge dager kan defineres, ikke blitt utdypet, men jeg har tiltro til at leseren selv har sin subjektive formening om hva gode og mindre gode dager på jobb innebærer. De positive effektene av at ledelsen setter medarbeiderne i fokus, ikke bare for å dempe prestasjonsangst eller frykt for å tape omdømme eller respekt for jobbutførelsen, men hovedsakelig for å gi rom for vekst og blomstring hos den enkelte medarbeider, er også et tema jeg kunne ønsket å utdype mer (Spurkeland, 2004).

Helsearbeideren balanserer mellom å være støttende og utfordrende for at pasienten skal kunne finne sitt eget ståsted, og de samme læringsprinsippene gjelder også for helsearbeideren. Skau (2011) viser til personlig vekst som en trefning mellom ytterpunkter, den vi er i dag- og den personen vi har mulighet til å bli, nesten ordrett som Aalen (2005) sier det om pasienten, at konfliktfylte og motstridende situasjoner også kan anses som selve omdreiningspunktet i pasientens egenutviklingsprosjekt. Gjennom intervjuene har informantene bragt fram tanker over hva ord, begreper og uttrykk innebærer, og de har vist til hvordan forståelsen av "relasjonskompetanse", har vært en del av både utdanning og yrkesutøvelse, men at det i praksis har vært lite fokus på veiledning og refleksjon over forståelsen av innholdet i begrepet.

Jeg valgte å unngå de yngste / nyutdannede helsearbeiderne som informanter, da jeg ønsket personer med noen års arbeidserfaring, og understøtter mitt valg med å vise til en artikkel av Aas (2007), med omtale av studien *"Utvikling av relasjonskompetanse, det er vanskelig å sette ord på det, men det ligger liksom i bakhodet et sted"*. Studien viser til at den teoretiske kompetansen som er tilegnet under utdanningen må ivaretas gjennom veiledning og refleksjon over egen og andres praksis over tid, for at den skal kunne vedlikeholdes og utvikles. I studien vises det også til mulige konsekvenser ved ikke å ivareta relasjonskompetansen, en likegyldig reduksjonistisk tilnærmingssform

der den profesjonelle forenkler kompleksiteten i situasjonen kan få fotfeste. Forfatteren undres over om slik jobbutførelse rett og slett kan være en ren overlevelsesstrategi der og da, men som på sikt kan være skadelig ved at opplevelsen av stagnasjon kan lede til utbrenthet. Veiledning og refleksjon må tilpasses den enkeltes ståsted, og spesielt de unge og nyutdannede må ivaretas slik at de ikke mister tiltroen til egen kapasitet, og jeg valgte derfor å forholde meg til de helsearbeiderne med litt mer fotfeste i både forståelsen av psykisk lidelse, psykisk helsearbeid, og av psykisk helsetjeneste.

Skjulte og delvis skjulte verdier i organisasjonskulturen kan være vanskelige å identifisere og avdekke, og den som befinner seg i der blir lett litt "blind", man skaper distanse og tilpasser seg fremfor å gripe fatt i utfordringene. En person utenifra vil ofte umiddelbart oppleve en etablert ukultur, men kritiske synspunkter ofte møte motstand, og neppe bli ønsket velkommen (Aadland, 1994).

To informanter fremhevet egenopplevde erfaringer med ledelse med svak faglig orientering, og konsekvensene at de selv dermed ikke fikk utfolde seg som fagpersoner i den grad de ønsket, og hvordan det påvirket deres opplevelse av arbeidsglede negativt. De to informantene som opplevde å få lite støtte for sine faglige innspill, opplevde ikke bare at de ble neglisjert, men også at de ble møtt med kritisk vurdering knyttet til faglig forståelse og jobbutførelse. Jeg trekker den slutningen at også ledelsen har behov for faglig og personlig veiledning, og at overordnet visjoner og verdi forankringer bør få større plass i fagmiljøene. Manglende visjoner i ledelsen, og et stadig økende byråkrati med dokumentasjonskrav på bekostning av å kunne benytte den tilgjengelige kompetansen i pasientrettet arbeid, ble av en informant angitt nærmest som å gå i en hengemyr på jobben.

I veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (2005) vises det til nødvendigheten av utdanning og veiledning, og til kommunenes ansvar for sikre faglig kompetanse. Det vises til den enkeltes ansvar for å ivareta og utvikle sin personlige kompetanse med holdninger og verdier, og til at deltakere fra ulike steder i behandlingskjeden bør delta i samme veiledningsgruppe, og fokusere ikke bare på seg selv, men også på ulike arbeidsplasser og de spesifikke utfordringer der. Gjennom denne studien er det fremkommet lite som tyder på at felles veiledning for etatene er utbredt, tvert i mot vil jeg si. Informantene forteller om et tidvis vaklende samarbeid

mellom de ulike etater, og om følge og støtte til pasientene for at de skal kunne mestre utfordrende samhandlingsprosesser og en lite samordnet behandlingsskjede.

Når det gjelder brukerperspektivet, med rett til deltakelse i eget behandlingsopplegg er det nok også et stykke igjen til det er oppfylt. Alle informantene bekreftet at de vektlegger pasientenes rettigheter, men samtidig kom det fram at pasientene har liten reell påvirkning på behandlingsopplegget, det er i realiteten fagpersonene som avgjør hva slags behandling som er aktuell, og det er fagpersonene som avgjør omfanget av den. I boken "Brev til en minister" rettes det kraftig kritikk mot psykisk helsetjeneste for manglende ivaretagelse av grunnleggende menneskerettigheter. Mange pasienter opplever tvang i behandlingen og utskrivelse til "ingenting", men med økonomiske problemer som begrenser sosial deltakelse i samfunnet. Spesielt på systemnivå er det viktig å presisere at overordnede retningslinjer er gyldige, men at også den enkelte helsearbeider må bestrebe seg på å følge dem (Vaaland & Gabrielsen, 2007).

Alle informanter ga uttrykk for utfordringer i samhandlingen med andre etater, og ut i fra hendelsesforløpet i narrative som ble presentert for dem, og deres utsagn i intervjuene, kan det tyde på at er et stykke igjen før samhandlingsprosesser og reformer fungerer som ønsket, med forståelse for hverandres fagkunnskap og ansvarsområder.

Tverrfaglighet i behandlingstilbudet blir fremhevet i veilederen "Psykisk helsearbeid for voksne i kommunen" (2005) som et kjennetegn for godt psykisk helsearbeid. Det blir lagt vekt på at ulike faggrupper har ulik tilnærminingsform og ulike arbeidsmetoder, men at videreutdanning i psykisk helsearbeid bør være en del av kunnskapsbasen til den enkelte. I veilederen blir det ramset opp 7 suksesskriterier for godt tverrfaglig samarbeid, og jeg gjengir dem noe forkortet for å vise at det er et mye arbeid som gjenstår før målsettingene er nådd, til tross for at veilederen har vært tilgjengelig siden 2005. Gjennom å vise respekt for, og interessere seg for hverandres spesialkunnskap, roller og oppgaver, felles mål og enighet om tiltak og gode treffpunkter, og til sist en kommunikasjon preget av velvilje og raushet, og vilje til å diskutere disse punktene internt i tjenesten og med eksterne samarbeidspartnere, vil det i følge veilederen bidra til å utvikle og opprettholde gode samarbeidsrelasjoner. Innad i de ulike tjenestene og i samarbeidet dem imellom kan man anta at en felles grunnforståelse av hva psykisk lidelse er, hva det innebærer for den enkelte, og hvilke spilleregler som gjelder i

relasjonsforståelsen, ville gitt gevinst knyttet til aktørenes opplevelse av arbeidsglede, og pasientens opplevelse av å få effektiv hjelp. Forståelsen av fagfeltet er tvetydig og konfliktfylt, og til syvende og sist er det kanskje forståelsen av et humanistisk menneskesyn som bør vektlegges.

Tendensen mot generalister fremfor spesialister i psykisk helsearbeid skaper utfordringer knyttet til den enkeltes opplevelse av yrkesidentitet og fagområde, og dermed også muligheten til faglig og personlig utvikling innenfor eget fagområde, og trygghet i krevende samhandlingssituasjoner. Et annet aspekt er ledelsens- og den enkeltes forståelse av hva samhandling og ansvarsavklaring innebærer. Ledelsens ansvar for å legge til rette for utvikling av gode samarbeidsrutiner er belyst tidligere i oppgaven, og fremhevet av informantene, mens i realiteten kan det virke som det er den enkelte helsearbeider, som gjennom sitt bidrag, fremmer- eller hemmer, samarbeidet med andre aktører. Det finnes ulike lederutviklingsprogram, men Gaarder (2003) påpeker at det ofte mangler kobling mellom teorien og de praktiske utfordringene som skal løses. Opplæring av medarbeiderne, gjennom å formidle formålet med en samhandlingsstruktur, og i hvordan justering av holdninger og adferd kan gjennomføres i en prosess preget av støtte og vennlighet, humor og uhøytidelighet er en del av et generelt læringsgrunnlag som dessverre er lite vektlagt i arbeidslivet (Gaarder, 2003). Det vil være for omfattende å utdype leder og medarbeider opplæring rettet mot økt kvalitet på tjenestene, og mindre bruk av makt i frykt for tapt anseelse gjennom å komme til kort i krevende samhandlingssituasjoner. Det kan synes som det er et reelt behov for forståelse av, og opplæring i, gode gjensidige samhandlingsformer ikke bare i psykisk helsearbeid, men på alle nivåer i helsearbeider –pasientkontakten.

Relasjonskompetanse kan etter min forståelse sammenfattes til; faglig forståelse av psykologiske mekanismer, relasjon, kommunikasjon og samhandling, og av hvordan overføringsmekanismer påvirker disse, samt kunnskap om samfunnsstrukturer og sammenheng med opplevelse av lidelse.

Besvarelsen av forskningsspørsmålene er overlappende, de er ikke klart avgrensede, men viser til kompleksiteten i å ivareta helsearbeidernes relasjonskompetanse, ikke bare for å fremme egen arbeidsglede, men også for å fremme pasientens utkomme av terapien. Kompleksiteten i hvordan ansvaret for å ivareta ikke bare den enkeltes

relasjonskompetanse, på tvers av etatsgrensene, bør være en del av tema på alle samhandlingsmøter og i alle handlingsplaner, men også på systemnivå.

I et humanistisk perspektiv med fokus på menneskeverd og brukerrettigheter, er det klart at helsearbeiderens relasjonskompetanse, med alt hva det innebærer, er av stor betydning for pasientens utkomme av terapien. Gjennom intervjuene fremkommer det at helsearbeiderne opplever arbeidsglede når de selv kan organisere dagen sin, påvirke hvilke pasienter de skal forholde seg til, og samtidig få oppleve at de er betydningsfulle ved at pasienten opplever bedringsprosesser. En informant tilkjennega imidlertid at noen ganger kan en god faglig forståelse, selv om det innebærer at pasienten avslutter behandlingen, fremme og styrke ivaretagelsen av både egen og pasientens integritet, og pasientens opplevelse av helsearbeideren som et autentisk menneske. En annen informant fremhevet gleden av å få gode tilbakemeldinger, og om forsiktig etterspørring av dem for å styrke seg selv som menneske og fagperson. Kompetanseheving gjennom lett tilgjengelig kurs og veiledning ble fremhevet, men refleksjon over egen praksis og forståelse av verdigrunnlaget i psykisk helsearbeid var tilsynelatende en frivillig sak, og opp til den enkelte å vurdere nødvendigheten og omfanget av det. Aakre (2011) fremhever at refleksjon ikke kan få være en privat sak, alle helsearbeidere er bærere av moralsk praksis, og alle bør pålegges å delta i refleksjonsgrupper, slik at handlingsvalg og holdninger kan løftes frem i lyset, og evalueres i henhold til yrkesetiske prinsipper. Hun fremhever også at i tause kulturer, der man utfører sitt virke slik man mener det skal gjøres, der medvirker man til begrensninger, og til et snevert læringsgrunnlag. Moralsk praksis må alltid løftes frem i lyset, og det er den enkeltes ansvar å bidra til refleksjon omkring både hverdagskultur og mer spesielle dilemmaer, men det er et ledelsesansvar å legge til rette for det, og å forvente aktiv deltakelse.

Vullum (2011) fremhever verdien og viktigheten av at god kollegastøtte er preget av tilbakemeldinger på helsearbeiderens bidrag, og at man aktivt søker å motvirke ensidig fokus på pasientutfordringer. En helsearbeider har taushetsplikt og kan ikke drøfte jobbrelevante saker utenom arbeidsstedet, og det er derfor av stor betydning for helsearbeiderens jobbmestring og arbeidsglede å kunne få snakke høyt om egne utfordringer, opplevelser og mulige handlingsvalg.

En av informantene påpekte at ledelsen ofte var i overkant byråkratisk orientert, og mer opptatt av målbare tall og kontroller, enn av verdier og hensikt med tjenesten, og at en mer visjonær leder ikke var ønsket av politikere og toppledere, og at disse holdningene smittet av, påvirket og farget også utførelsen av pasientkontakten. Ulike organisasjonsmodeller påvirker også tjenesteutførelsen, ved å redusere ledelsens faglige forankring risikeres også helsearbeiderens faglige forankring ved at den faglige tilnærmingen blir utvannet eller fordreid.

Håpets betydning ble vektlagt av alle informantene som pasientens mulighet for å motvirke destruktiv adferd, og for å kunne leve i nuet og samtidig se mot et bedre liv i fremtiden. En informant poengterte at noen ganger måtte helsearbeideren bidra til å senke pasientens forventninger, for slik å forebygge skuffelser og nederlag. En annen informant ga et eksempel på omveier for å beskytte pasienten mot opplevelse av nederlag, for å fremme opplevelsen av realistiske forventninger til fremtiden, ble pasienten oppmuntret til å skrive sin egen individuelle plan med egne ord, fremfor å motta en flott plan delvis utarbeidet av en tjenesteansvarlig. En informant hevdet helsearbeideren i seg selv og i relasjonen med pasienten representerer et håp. Håpet om en bedre eller annerledes fremtid er knyttet til noe man ikke lenger kan ta for gitt, og som først kan aktualiseres i spesielle situasjoner. Håpet ivaretas av helsearbeiderens faglige forståelse av at det er relasjonen mellom helsearbeider og pasient som er basis for at pasienten inspireres til å ha håp. Ved å knytte håpet til noe konkret og realistisk, innebærer det også et mulig vendepunkt i pasientens tilværelse, med muligheter for handling, med støtte av fagfolk. Helsearbeideren kan være bærer av håpet for mennesker i med psykiske lidelser, og også bidra til å inspirere og skape bevegelse i fastlåste situasjoner (Herrestad, 2009). Et mer abstrakt håp er muligens villedende og lite realistisk, men kan på den andre siden være lengelevende og sikre en mot skuffelser. Henrik Ibsens kjente ord om at å frata et menneske sin livsløgn, innebærer at man fratar ham alt, forteller noe om at vi alle har behov for håp, drømmer og forventninger, noen realistiske og andre ikke, men håp og forventninger er i seg selv livgivende ved at de er fremtidsrettede.

Flere av informantene fremhevet erfaringskompetanse ervervet gjennom flere år, som vel så nyttig som den teoretiske, et innspill godt egnet som refleksjonsgrunnlag. Jeg antar at det ikke var helt bokstavelig ment at erfaring overgår teori, men heller at den

teoretiske kompetansen fungerer som en plattform for utvikling av personlige kompetanse, og at erfaringene hjelper en til å bli et mer kompetent menneske (Skau, 2011). Helsearbeiderens personlige erfaringer knyttet til forståelse av tro, håp og tillitt, bør gjøres konkret med ord, for ikke å forbli taus, men tvert imot deles med andre, som en tilleggsverdi til de rent faglige kunnskapene. Gjennom kollegadialog, veiledning og refleksjon kan personlige erfaringer belyses og bidra til læring og vekst i personalgruppen, som videre kan bidra til også å styrke pasientens håp, tro og tillitt til hjelpeapparatet, og til egne ressurser (Waal, 2007). Solbraa (2007) fremhever mennesket evne til nestekjærlighet i praksis, ved å bli flinkere til å tenke positivt, rose hverandre, være rause mot hverandre, og gjennom refleksjoner fremelske det beste i oss, og slik bidra til større arbeidsglede, mindre utbrenthet og større tilstedeværelse i eget liv, og endatil kunne finne mening i livet til tross for lidelse. Hun viser også til at det systemet som er ment som å hjelpe pasientene, ofte ender opp med å bli pasientenes fiende.

Ved å trekke paralleller til informantenes utsagn om lite faglig orientert ledelse, og vekt på byråkratiske prinsipper i tjenesteutøvelsen, er det fra et pasientperspektiv lett å forstå hjelpeapparatet som en gedigen maktfaktor. Når pasienter ikke makter å endre eller bedre livene sine, kan helsearbeideren føle seg som en dårlig hjelper, og endatil pålegge seg selv ansvar for dette, men kan gjennom kollegastøtte, veiledning og refleksjon begrense den tunge børen bestående av skyldfølelse og kanskje også skamfølelse for ikke å være kompetent nok (Aakre, 2011). To informanter fremhevet at de hadde tilgang på veiledning og kollegastøtte, spesielt gjennom tjenestens psykolog, mens informantene fra mindre tjenester, ikke hadde lettvinntilgang på kompetente veiledere i egen tjeneste. Generell kollegastøtte virket som en selvfølge, som et integrert omsorgsaspekt, og som en viktig del av det å kunne utholde en dag fylt med andres lidelse. Men, det manglet en del på den faglige biten, der man kan diskutere, problematisere og reflektere sammen i trygge rammer, fra og til fagperson.

6.1 Avslutning

Som vist til tidligere i oppgaven påvirkes arbeidsglede og mestringsopplevelse av den enkeltes relasjonskompetanse bestående av fagkunnskap, personlige egenskaper, og av

kunnskap og forståelse om betydningen for relasjonen, og for pasientens utkomme av terapien. Ledelsens faglige orientering har også stor betydning for hvordan den enkelte fritt kan utfolde seg, gjennom personlig vekst og utvikling, til det beste for pasientene.

Mulighet for å ivareta og utvikle relasjonskompetansen, henger også nøye sammen med mulighet for god kollegastøtte, med rom for å drøfte personlige dilemmaer og faglige problemstillinger. Men, til sist er det hverdagsrefleksjon, og den mer organiserte og profesjonelle refleksjonen som samlet skaper grunnlaget for vekst og utvikling, og som skaper grunnlag for å forkaste noen av tilnærmingsformene, samtidig som det gis plass for nye.

Arbeidsgiver er forpliktet til systematisk å etterleve lov og regelverk, men gjennom materialet som fremkom i intervjuene kan det synes som at arbeidsgiver ofte nøyer seg med å legge til rette for deltakelse i veiledning og refleksjonsgrupper, men at det ikke er forventninger eller krav om aktiv deltakelse, eller evaluering av nytteverdien.

Helsearbeideren og ledelse må belyse behovet, og arbeide mot mer veiledning med påfølgende refleksjon over etiske og faglige problemstillinger, med kritisk fokus på egen og andres praksis og holdninger.

Når det kommer til tverrfaglig samarbeid, mellom de enkelte helsearbeiderne, men også mellom de ulike etatene, er det de samme prinsippene som gjelder der. Åpenhet om eget ansvarsområde, respekt for andres fagfelt, brukerfokus og brukerrettigheter må styre tjenesteorganiseringen, og selv om ledelsen har det overordnede ansvaret må også den enkelte ta sitt ansvar på alvor. I en forskningsrapport av Granerud (2003), vedrørende kvalitet på tverrfaglige videreutdanninger, og på den enkelte utbytte av studiet, fremkommer det at studentene ønsker en mer fagspesifikk utdanning.

Begrunnelsen er at det skapes bedre samarbeid som følge av fagspesifikk styrke, med større trygghet for den enkelte i yrkesutøvelsen, og at det da er lettere å slippe andre til på eget område. Gjennom styrking av den enkeltes faglige identitet bidrar det til styrket fagmiljø, og slik også som beskyttelse mot overbelastning av den enkelte. Det er noen år siden denne studien ble gjennomført, men den viser til ønske og behov for videreutdanning i psykisk helsearbeid, ikke bare for de som arbeider i psykisk helsetjeneste til daglig, men også for eks. sosialarbeidere og barnevernsansatte som er tett på mennesker med behov for hjelp.

Med bakgrunn i informantenes hjertesukk om krevende samhandlingssituasjoner med samarbeidende aktører, kan det synes som behovet for mer utdanning og forståelse for ikke bare hva psykisk lidelse innebærer, men også på hva lidelse i seg selv innebærer, slik at hjelperne kan tilby hjelp, fremfor økt belastning. Det enkelte fagmiljø, med ledelse og ansatte, og ulike utdanningsinstitusjoner, vil sannsynligvis ha stort utbytte av et tettere samarbeid, ikke for å utarbeide strømlinjeformede bestillingsutdanninger, men for sammen å kartlegge hvor skoen trykker, og hvor utviklings og forbedringsområdene finnes. Faglig og personlig påfyll gjennom kurs og videreutdanninger, må ikke bare fungerer som et nødvendig avbrekk fra pasientenes lidelse, men også som en styrke rettet mot nettopp å kunne utholde lidelsen.

Når det gjelder psykisk helsearbeidere og deres opplevelse av arbeidsglede, forstår jeg det som at de i store trekk opplever det, men det er vanskelig å sette fingeren på årsaken til det. Er det muligheten til selv å påvirke pasientkontakten og dermed kunne arbeidet i samsvar med egen tålegrense, eller er det rett og slett et så spennende og interessant fagfelt at mennesker som ikke finner sin plass i et strømlinjeformet yrkesliv søker dit, og til muligheten for større selvutvikling?

Psykisk helsearbeidere, pasienter, faglig eller administrativ ledelse, alle er enkeltmennesker, med særegne behov og personlighetstrekk, sammenvevet gjennom relasjonskompetansen, med evne til kommunikasjon og samhandling, og med et stort personlig ansvar. Selvstendig yrkesutøvelse har mange positive sider, men det må samtidig vektlegges en åpenhetskultur med hensikt å fremme ivaretagelse av den faglige orienteringen, og den enkeltes vurderinger også må tåle å belyses, og slik også fungere som beskyttelse mot stagnasjon eller avsporing, og fremme av arbeidsglede. Like viktig er ivaretagelsen av den enkeltes evne til etisk refleksjon, empatiforståelse og evne til å se seg selv i et utvidet perspektiv, med vekt på forståelse av menneskenaturen, og gode tilnærmingsformer i alt psykisk helsearbeid, på alle nivåer.

Leder eller fagansvarlig, ledelsens mandat og ansvar er å følge opp overordnede retningslinjer og forventninger. Uten ledelsens engasjement når den enkeltes stemme sjelden fram, men ved å fastholde de faglige prinsippene vil alle stemmer ha sin verdi, og på sikt kunne påvirke synet på psykisk helsearbeid, slik som rammene for arbeidet, psykisk helsetjeneste, er påvirket gjennom opptrappingsplanen. Bruker og pårørendeorganisasjoner viser også vei gjennom sine stemmer og sine uttrykk, og ved

å invitere til lagspill og samarbeid, vil den enkelte helsearbeider og pasient, sammen kunne påvirke tjenesteapparatet i ønsket retning.

Det som er litt underlig er at bærere av holdninger og tilnærmingsformer til psykisk helsearbeid, med svak forankring i offentlige føringer som lover og forskrifter, og forståelse av hva et humanistisk menneskesyn innebærer av brukerrettigheter og brukerfokus i behandlingen, ofte er personer med tilhørighet til helse og sosialetaten. Tendensen til å utvanne fagligheten på ledernivå, kan ha sammenheng med at også de på høyere nivå vektlegger og beskytter byråkratiske mekanismer og økonomiske hensyn fremfor å slippe til de faglige kreftene som kunne rokke ved både forståelsesrammer og etablerte maktposisjoner. Dette er mine tanker og funderinger, men som kanskje kan gi grunnlag for videre funderinger og refleksjoner omkring tema.

Jeg runder av mitt personlige utviklingsprosjekt med de vakre og allmenngyldige ordene av Kaaling (1840), om håp og søk etter mening med livet, enten man er pasient eller helsearbeider, eller, begge deler...

Med ditt savn og med din lykke, med ditt håp og med din tro
skal du på det jevne bygge, opp til stjernene en bro!

Referanseliste

- Aadland, E. (1994). *Kultur i helse-, sosial- og utdanningsorganisasjonar*. Oslo: Samlaget.
- Aadland, E. (1998). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Oslo: Samlaget.
- Aadland, E. (2004). *"Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforl.
- Aalen, M. S., & Kvaal, K. (2005). *Relasjonskompetanse: biter til et puslespill* (Vol. 2005 nr 1). Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Aakre, M. (2001). Refleksjon som hverdagskultur. Det er lite å lære i tause kulturer. *Tidsskriftet sykepleien* (8), 88-89.
- Alberti-Espenes, J. (2012). *Krenkelse i skolen - mobbingens bakteppe*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Almvik, A., Borge, L., & Berntsen, R. A. (2006). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforl.
- Andersen, A. J. W., & Karlsson, B. (1998). *Psykiatrici i endring: forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Aubert, A.-M., & Bakke, I. M. (2008). *Utvikling av relasjonskompetanse: nøkler til forståelse og rom for læring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berge, T., & Repål, A. (2000). *Den indre samtalen: innføring i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Borg, M., & Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforl.
- Borge, L., & Almvik, A. (2000). *Tusenkunstnerne: muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Borge, l., Martinsen, E. W., Hoffart, Randi-Ann (13-14,2003) *Livskvalitet og psykisk helse hos sykepleiere – kurs for å forebygge utbrenthet*; Oslo: Tidsskrift Norsk Legeforening
- Bråten, S. (1998). *Kommunikasjon og samspill: fra fødsel til alderdom*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Ekstam, K. (2001). *Håndbok i konflikthåndtering*: NKS forlaget.
- Falk, B., & Smith, A.-M. (2005). *Å være der du er: samtaler med kriserammede*. Bergen: Fagbokforl.
- Foss, C., & Ellefsen, B. (2005). *Helsetjenesteforskning: perspektiver, metoder og muligheter*. Oslo: Universitetsforl.
- Friis, S., & Vaglum, P. (1999). *Fra idé til prosjekt: en innføring i klinisk forskning*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Gaarder, P. (2003). *Praktisk serviceutvikling i kommunen*. Oslo: Kommuneforl.
- Gjerde, S. (2003). *Coaching: hva - hvorfor - hvordan*. Bergen: Fagbokforl.
- Granerud, A., & Granlien, L. (2010). *Sagatun brukerstyrt senter - brukerstyring i praksis: beskrivelse av mål og verdier* (Vol. nr. 5-2010). Elverum: Høgskolen.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haarberg, K. Aa.(2007) (nr.1. 2007) *Utvikling av relasjonskompetanse". Det er vanskelig å sette ord på det, men det ligger liksom i bakhodet ett eller annet sted". Nordisk sosialt arbeid, Oslo: Universitetsforlaget*
- Hellevik, O. (2009). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforl.
- Helsinkideklarasjonen (1964 -2008)
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Herrestad, H. (2009). Om begrepet håp. *Suicidologi*, 09 (1),16-21.
<http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/tidsskrift/>.
- Hummelvoll, J. K., Jensen, P., Dahl, T. E., & Olsen, P. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Husserl, E. (1995). *Fenomenologins idé*. Göteborg: Daidalos.
- Kogstad, R. (2011). *Fortellinger fra andre posisjoner: med brukererfaring fra psykisk helsefeltet og en gyldig stemme i politikk og kunnskapsdannelse*. no. 1170, Unipub, Oslo.
- Kristoffersen, N. J. (1995). *Generell sykepleie*. Oslo: Universitetsforl.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitative forskningsintervju*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kåver, A., Nilsonne, Å., & Laberg, S. (2005). *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lemvik, B. (2006). *Å skape gode livsvilkår: psykisk helsearbeid i kommunen*. Oslo: Kommuneforl.
- Lillestø, B. (1998). *Når omsorgen oppleves krenkende: en studie av hvordan mennesker med fysiske funksjonshemninger opplever sitt forhold til helsetjenesten*. nr 22/98, Nordlandsforskning., Bodø.
- Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K., Alvsvåg, H., & Torsteinson, I. O. (1993). *Den omtenksomme sykepleier: artikkelsamling i forbindelse med at Diakonissehjemmets sykepleierhøgskole Haraldsplass er 75 år i mai 1993*. [Oslo]: Tano.
- Matthiesen, S. B., & Roness, A. (2002). *Utbrent: krevende jobber - gode liv*. Bergen: Fagbokforl.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Opjordsmoen, S., Vaglum, P., & Thorsen, G.-R. B. (2008). *Oss imellom. Om relasjonens betydning for mental helse*. Stavanger: Hertevig Akademisk.
- Roness, A. (1995). *Utbrent?: arbeidsstress og psykiske lidelser hos mennesker i utsatte yrker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2002). *Bære eller briste: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforl.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2006). *Bære eller briste: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforl.
- Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Schouenborg, Ole (2009) *Skumgumminærvær*. Oslo:
[Dagsavisen.no / Meninger](http://www.dagsavisen.no/meninger/) <http://www.dagsavisen.no/meninger/>
 05. januar 2009 04:00, oppdatert 18. februar 2009 13:19
- Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug.
- Solbraa, Gry (2007). *Filosofiske samtaler*, 23.03.2007.
[Relasjonskompetanse](http://www.solbraa.no/#post4) <http://www.solbraa.no/#post4>

Sosial-og helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunen*.

Sosial- og helsedirektoratet. Oslo.

Spurkeland, J. (2004). *Relasjonsledelse*. Oslo: Universitetsforl.

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Bygdøy: Statens utdanningssenter for helsepersonell.

Torbjørnsen, C. H. (2008). Med nærhet som styrke. *Senter for praktisk kunnskap, ved* .
Høgskolen i Bodø, 08, (1) 98-113. www.fylkesmannen.no/smakommuner

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Oslo: Pensumtjeneste.

Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker-: om veiledning i empowerment prosessen*. Bergen: Fagbokforl.

Tveiten, S. (2008). *Veiledning: mer enn ord*. Bergen: Fagbokforl.

Vaaland, T. Ø., & Gabrielsen, A. (2007). *Brev til en minister: historier om psykisk helse og rus skrevet til Ansgar Gabrielsen*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vullum, S. (2011). Faglige diskusjoner er avgjørende for stressmestring. *Tidsskriftet sykepleien* 5, (5), 151-151.